

Die Corona-Pandemie: ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise

Kröll, Wolfgang (Ed.); Platzer, Johann (Ed.); Ruckenbauer, Hans-Walter (Ed.); Schaupp, Walter (Ed.)

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerk / collection

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kröll, W., Platzer, J., Ruckenbauer, H.-W., & Schaupp, W. (Hrsg.). (2020). *Die Corona-Pandemie: ethische, gesellschaftliche und theologische Reflexionen einer Krise* (Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft, 10). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. <https://doi.org/10.5771/9783748910589>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Kröll | Platzer | Ruckenbauer | Schaupp [Hrsg.]

Die Corona-Pandemie

Ethische, gesellschaftliche und theologische
Reflexionen einer Krise



Nomos

<https://doi.org/10.5771/9783748910589>, am 10.08.2020, 13:19:17
Open Access  - <https://www.nomos-elibrary.de/agb>

Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft

herausgegeben von

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp

Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Kröll

Ass.-Prof. Dr. Hans-Walter Ruckenbauer

Band 10

Wolfgang Kröll | Johann Platzer
Hans-Walter Ruckebauer | Walter Schaupp [Hrsg.]

Die Corona-Pandemie

Ethische, gesellschaftliche und theologische
Reflexionen einer Krise



Nomos

Die Open Access-Veröffentlichung der elektronischen Ausgabe dieses Werkes wurde ermöglicht mit Unterstützung durch die Karl-Franzens-Universität Graz und das Land Steiermark.

UNIVERSITÄT GRAZ
UNIVERSITY OF GRAZ



Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Auflage 2020

© Wolfgang Kröll | Johann Platzer | Hans-Walter Ruckenbauer | Walter Schaupp

Publiziert von
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3-5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:
Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3-5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print): 978-3-8487-6941-4

ISBN (ePDF): 978-3-7489-1058-9

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748910589>



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell –
Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz.



Onlineversion
Nomos eLibrary

Gewidmet den Helferinnen und Helfern in der Krise

Einleitung

Ein lokal begrenzter Infektionsherd in einer chinesischen Provinz im Jänner dieses Jahres hat sich innerhalb kürzester Zeit zu einer weltumspannenden und die Menschheit bedrohenden Pandemie entwickelt. Bei Drucklegung dieses Bandes werden mehr als 14 Millionen Menschen mit dem Virus infiziert sein. Bei ungefähr zwei Prozent der Infizierten zeigt Covid-19 (Coronavirus Disease 2019) einen schweren Verlauf, sodass jene die Behandlung auf einer Intensivstation benötigen, und etwa neun Prozent der infizierten Patientinnen und Patienten versterben mit oder an den Folgen der Infektion. Es gab keine Bevölkerungsgruppe, die nicht durch die Infektion betroffen war, auch wenn ältere Menschen und solche, die bestimmte Vorerkrankungen aufwiesen, besonders gefährdet waren. Immerhin lag das Durchschnittsalter der infizierten, verstorbenen Menschen Ende März bei 81 Jahren. Überall versuchte man, die Risikogruppen durch besondere Vorsichtsmaßnahmen zu schützen, auch wenn deutlich wurde, dass allein dadurch die Pandemie nicht aufgehalten werden kann.

Die Infektion hat nicht nur die Weltbevölkerung in Angst und Schrecken versetzt, sehr rasch wurde sie auch zum Anlass für internationale Schuldzuweisungen. Vor allem aber hat sie die politisch Verantwortlichen in den betroffenen Ländern zu einem raschen Handeln gezwungen. Dabei wurden Maßnahmen gesetzt, die weit, vielleicht auch zu weit, in verbürgte Grundrechte der Menschen eingegriffen haben. Inwiefern dies tatsächlich der Fall war und ob die Eingriffe wirklich erforderlich waren, wird sich erst im Nachhinein herausstellen. Die Notwendigkeit vieler Maßnahmen wird sich vielleicht nie im wissenschaftlichen Sinn beweisen lassen, weil es an Vergleichsmöglichkeiten fehlt, an Fällen nämlich, wo Staaten nachhaltig darauf vertraut haben, der Erkrankung ohne Schutzmaßnahmen Herr zu werden. Mit Sicherheit lässt sich aber schon jetzt sagen, dass die Maßnahmen dort, wo sie gesetzt und auch von der Bevölkerung eingehalten wurden, Wirkung gezeigt haben. In diesem Zusammenhang hat der Eindruck Unbehagen erzeugt, Politiker würden Ängste in der Bevölkerung auch bewusst schüren, um eine möglichst widerspruchslöse Akzeptanz der Maßnahmen bei der Bevölkerung zu fördern.

Als weitere Problemzone wird immer mehr die mit dem Shutdown verbundene soziale Isolation von Menschen in Alten- und Pflegeheimen sowie in Krankenhäusern und Kliniken sichtbar. Dabei ging es nicht nur um Besuche durch Angehörige, sondern auch um den seelsorglichen Zugang,

der vielfach unterbunden wurde, was aus einer ganzheitlichen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit doch problematisch war. Immer wieder regte sich die allgemeinere Frage, wie weit nackte Infektions- und Virusreproduktionszahlen alles andere dominieren dürfen. Hinter den immer stärker werdenden Protesten gegen die Shutdown-Maßnahmen stehen sicher nicht nur deren ohnehin stark diskutierten Auswirkungen auf die Wirtschaft, sondern auch die Frage, wie weit das *gelebte* Leben der Menschen längerfristig unterdrückt werden kann, um Infektionszahlen maximal zu senken: Wir leben nicht einfach nur, um biologisch am Leben zu sein, sondern wollen leben, um Leben entfalten und genießen zu können. Der richtige Umgang mit dieser Frage wird im Übrigen auch mitbestimmen, wie weit die Solidarität zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen hält, die unterschiedlich durch Corona betroffen sind.

Die Corona-Krise kann als eine kollektive traumatische Erfahrung bezeichnet werden, die wie alle Krisen *ambivalent* ist, weil sie nicht nur dramatisch in Gewohntes eingreift und zu einem Stillstand führt, sondern zugleich neue Chancen eröffnet. Auch dies wurde in den letzten Wochen und Monaten vielfach angesprochen und diskutiert.

All dem nachzugehen war das angestrebte Ziel der Herausgeber dieses Sammelbandes. Denn angesichts der vielen Polarisierungen und emotionalisierten Debatten wie auch angesichts der immer wieder sichtbar werden der Unsicherheit im Umgang mit den sogenannten „Fakten“ drängt sich mit Vehemenz die Notwendigkeit einer möglichst raschen und soliden Reflexion auf. Diese muss auf sorgsame Weise Versäumnisse und blinde Flecken aufdecken, hat aber gleichzeitig auch dasjenige zu würdigen, was in der Krise, unter Bedingungen rascher Handlungszwänge und eines oft mangelhaften Wissens, richtig gelaufen ist. Diesem Anliegen versuchen die Beiträge des vorliegenden Bandes in einer breiten, multidisziplinären Perspektive gerecht zu werden.

Da eine solche Reflexion möglichst rasch erfolgen muss, um für etwaige weitere Wellen von Covid-19 gerüstet zu sein, wurde Wert auf eine möglichst zeitnahe, unmittelbare Reflexion über die Geschehnisse im Rahmen der Pandemie gelegt. Dies prägt den Stil mancher Beiträge. Es war daher auch nicht möglich, alle relevanten Problemfelder in diesem Band anzusprechen, z. B. werden manche Leserinnen und Leser epidemiologische und ökonomische Analysen vermissen. Was hier vorliegt, versteht sich daher als ein – wenn auch wichtiger – Ausschnitt an Perspektiven und damit als Diskussionsbeitrag innerhalb eines umfassenderen Diskurses, der aktuell zu führen ist.

Um für die Lektüre eine bessere Orientierung zu ermöglichen, werden im Folgenden die Beiträge, die zu thematischen Sektionen zusammengefasst sind, kurz vorgestellt.

Sektion I widmet sich verschiedenen *Empfehlungen von Expertengremien* im Kontext der Covid-19-Pandemie. So kommentiert der Freiburger Moralphilosoph EBERHARD SCHOCKENHOFF* als ehemaliges Mitglied des Deutschen Ethikrats (DER) im einleitenden Beitrag dessen *Ad-hoc-Empfehlung zur Corona-Pandemie* mit dem Titel *Solidarität und Verantwortung* vom 27. März 2020. Der Ethikrat anerkennt die Legitimität eines Shutdown, fordert aber zu Recht eine ständige Re-Evaluierung der Maßnahmen, da diese offenkundig in Grund- und Freiheitsrechte eingreifen. Dagegen bleiben die Ausführungen zu drohenden Triage-Situationen nach Schockenhoff abstrakt und für den konkreten Einzelfall wenig hilfreich, was auf unterschiedliche Positionen zu dieser heiklen Frage im Gremium schließen lasse. Den Abbruch einer schon laufenden, erfolgversprechenden Behandlung (sogenannte *ex-post-Triage-Situation*) hält Schockenhoff für moralisch nicht möglich.

Im Anschluss daran unterzieht der österreichische Intensivmediziner ANDREAS VALENTIN die Empfehlung der Österreichischen Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (*Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie*) einer vergleichenden Analyse. Die österreichische Stellungnahme konzentriert sich generell stärker auf drohende Triage-Situationen. Vorrangig schärft sie die Pflicht ein, die Entstehung von Triage-Situationen im Vorfeld zu verhindern, um dann konkrete und handhabbare Orientierungshilfen für den intensivmedizinischen Alltag während einer Pandemie zu geben. In Übereinstimmung mit vielen anderen Stellungnahmen wird ein Behandlungsausschluss allein aufgrund des chronologischen Alters abgelehnt, sehr wohl aber könne die längerfristige Überlebenschance ein Kriterium für die Zuteilung knapper Ressourcen sein.

Im darauffolgenden Beitrag geben NADINE BRÜHWILER, SIMONE ROMAGNOLI und JEAN-DANIEL STRUB Einblicke in Entstehung und Inhalt dreier aktueller *Verlautbarungen der Schweizer Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin* (NEK-CNE) zu Covid-19. Neben ethischen Erwägungen zum „Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege“ geht es im Beitrag vor allem um das „Contact Tracing als Instrument der Pandemiebekämpfung“. Auf Basis dieser Stellungnahme ist seit Juni 2020

* Prof. Eberhard Schockenhoff ist kurz vor der Drucklegung am 18. 07. 2020 in Folge eines Unfalls völlig unerwartet verstorben. R.I.P.

die Nutzung einer Smartphone-Tracing-App zur Rückverfolgung persönlicher Kontakte im Sinne des Prinzips der Freiwilligkeit gesetzlich geregelt.

FRANZ PLONER berichtet als unmittelbar Beteiligter über die für lange Zeit äußerst kritische Versorgungssituation in den Krankenhäusern Norditaliens. Die überraschend große Anzahl an Erkrankten in dieser Region veranlasste die italienische Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimation und Intensivmedizin (SIAARTI), frühzeitig ein Positionspapier zur Frage der Rationalisierung und Rationierung knapper intensivmedizinischer Ressourcen in der Zeit der Krise zu verabschieden. Da vieles mit den Grundrechten der italienischen Verfassung nicht in Einklang zu stehen schien, wurde in der Lombardei eine regionale Task Force eingerichtet, deren Aufgabe es war, die Verteilung von Intensivbetten und anderen knappen Ressourcen zu regeln und transparent zu gestalten. Rückblickend sei, so der Autor, nicht alles optimal abgelaufen, weshalb es einer intensiven, rückblickenden Evaluierung des Vorgehens bedürfe, um für weitere kritische Situationen gerüstet zu sein.

STEFAN DINGES stellt daraufhin der medizinethischen Sicht eine spezifisch pflegeethische Perspektive zur Seite. Ausgangspunkte sind ein einschlägiges Diskussionspapier der Akademie für Ethik in der Medizin sowie seine persönlichen Erfahrungen als Ethikberater und Organisationsentwickler im Gesundheitssektor. Im Fokus seiner Analyseskizze stehen die Auswirkungen der Corona-Krise in der stationären Altenhilfe. Hier traten, bedingt durch den Stress der Krise, frühere Fehlentscheidungen und Versäumnisse in der Gesundheitspolitik an der Schnittstelle von Krankenhaus und Pflegeheim deutlich hervor. Um ein solidarisches, ethisch aufmerksames und auf den Einzelfall fokussiertes Gesundheitssystem weiterzuentwickeln, bedarf es, folgert Dinges, einer vermehrten Sorge um die Gesundheitsberufe.

Mit *normativen Perspektiven aus Ethik und Recht* beschäftigt sich im Anschluss daran *Sektion II*. Hier widmet sich zunächst MARTIN M. LINTNER in seinem Beitrag noch einmal dem erwähnten Positionspapier der italienischen Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimation und Intensivmedizin (SIAARTI). Die darin enthaltenen Empfehlungen für Triage-Situationen wurden nicht unwidersprochen hingenommen. Sowohl die italienische Ärztekammer (FNOMCeO) als auch die Nationale Pflegekammer (FNOPI) stellten sich gegen das SIAARTI-Papier und forderten Ärztinnen und Ärzte auf, den darin enthaltenen Empfehlungen nicht zu folgen. Für die Behandlung sollten demnach jene Grundsätze angewendet werden, die sich in der italienischen Verfassung und im deontologischen Kodex der Ärztekammer finden. Gegen diese Angriffe haben sich wiederum ein Mitglied der Nationalen Bioethikkommission sowie ein Mitglied

der Ethikkommission der SIAARTI vehement in der Öffentlichkeit gewehrt. Rückblickend sei es somit auch der Nationalen Bioethikkommission nicht gelungen, ein wirklich einstimmiges Votum zum Vorgehen im Krisenfall abzugeben. Die entsprechende Diskussion sei keineswegs abgeschlossen und werde noch einige Zeit weitergeführt werden müssen, so der Autor.

Daran anschließend weist WOLFGANG KRÖLL aus einer intensivmedizinischen Sicht darauf hin, dass Triage, ursprünglich die Sichtung oder Vorselektion von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf ihre Behandlungsbedürftigkeit angesichts knapper Ressourcen, in der Geschichte der Medizin nichts Neues darstellt. Schon immer wurden im Rahmen von Kriegen und von Katastrophen, wenn es zu einem Massenanfall von Verletzten, Erkrankten oder Verwundeten kam, Vorselektionen durchgeführt. Aber auch für den heutigen Notarzt und Intensivmediziner gehören solche Situationen zum Alltag und in diesem Sinn stelle Triage ein beinahe alltägliches Instrument zur Optimierung der Behandlung aller Betroffenen dar. Häufiger als gedacht müsse auch im Routinebetrieb moderner Gesundheitsversorgung entschieden werden, wem eine Behandlung oder ein Intensivbehandlungsbett zugesprochen wird. Daraus folgert der Autor, dass die Art und Weise, wie in Österreich im Zusammenhang mit Covid-19 das Thema Triage diskutiert worden sei, in unverantwortlicher Weise Ängste geschürt hätte.

WERNER WOLBERT stellt in diesem Kontext eine kantische „Ethik der Würde“ unterschiedlichen „utilitaristischen“ Ansätzen gegenüber. Beide ethischen Ansätze wurden im Zusammenhang mit drohenden Triage-Situationen diskutiert, einander gegenübergestellt und dabei utilitaristische Überlegungen als ethisch minderwertig diskriminiert. Wolbert stellt einen prinzipiellen Gegensatz der beiden Ansätze infrage. Die kantische Idee einer „unbedingten Pflicht“ ethischen Handelns sei immer mit notwendigen Ausnahmen verbunden, in denen folgenorientierte Überlegungen wichtig werden. Solche Ausnahmen würden jedoch zu keiner Beeinträchtigung der Unbedingtheit und Allgemeinheit der ethischen Pflicht führen, sondern dienten vielmehr deren Präzisierung in konkreten Einzelfällen.

Aus der Sicht des Strafrechtlers ALOIS BIRKLBAUER fällt die Gesamtbeurteilung der Verhältnismäßigkeit der Covid-19-Maßnahmen gemischt aus. Vertretbar war es aus der Perspektive des Strafrechts, im materiellen Strafrecht keine Neuerungen vorzunehmen und die technischen Möglichkeiten im Rahmen von Strafverfahren so optimal zu nutzen, dass die Vorgabe eines „Abstandhaltens“ gegeben war. Hingegen erscheine es grundrechtlich bedenklich, wenn Freiheitsentziehungen ausschließlich nach Aktenlage

bearbeitet werden und die Öffentlichkeit von Hauptverhandlungen faktisch ausgeschlossen wird. Im Strafvollzug befindliche Gefangene vor einer Infektion durch ein Besuchsverbot der Angehörigen zu schützen sei hingegen vertretbar gewesen. Einer liberalen Demokratie und des damit verbundenen Schutzes von Grundrechten unwürdig sei es aber gewesen, bestimmte Straftätergruppen, die sich eigentlich auf freiem Fuß befunden haben, um jeden Preis sofort in einem Gefangenenhaus unterzubringen, so der Autor.

MANFRED NOVAK beleuchtet darauffolgend die von der Bundesregierung getroffenen Maßnahmen aus unions-, verfassungs- und universitätsrechtlicher Perspektive. Aus unionsrechtlicher Sicht sei es bei entsprechender Beweisbarkeit der Gefährdung von Gesundheit gerechtfertigt, Einschränkungen im Hinblick auf die Unionsbürgerfreiheiten vorzunehmen; auch seien Eingriffe in Grund- und Freiheitsrechte, wenn sie der Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und Gesundheit dienen, ebenfalls rechtfertigbar. Da auch ministerielle Verordnungskompetenzen in Universitätsbelangen mit der universitären Autonomie als kompatibel zu qualifizieren seien, kommt der Autor zusammenfassend zum Schluss, dass die von der Regierung eingeführten Beschränkungen, unter Bedachtnahme auf den rechtlichen Rahmen und die vorgegebene Ausgangssituation, als gerechtfertigt bewertet werden können.

Sektion III widmet sich unterschiedlichen *Deutungen des Sozialen*. Dazu weiten die Beiträge von Jochen Ostheimer und Michael Rosenberger zunächst den Blick auf das mindestens ebenso drängende Krisendispositiv Klima/Umwelt und setzen beide Phänomene in ein Verhältnis. JOCHEN OSTHEIMER betont zunächst die strukturellen Unterschiede zwischen der Corona-Pandemie und der Klimakrise. Sie betreffen sowohl die Zeitstruktur, die Kausalverhältnisse und die öffentliche Wahrnehmung als auch die Akteure und ihre Rollen sowie die verfügbaren Handlungsmöglichkeiten. Dem akuten und dramatischen Charakter der Corona-Pandemie mit dem allgegenwärtigen Bild der Virus-Gestalt und der medialen Präsenz von Fallzahlen und Katastrophenszenarien steht eine weitaus geringere Anschaulichkeit des dauerhaften Klimawandels gegenüber, dessen Symbolisierungen gerade nicht den gewöhnlichen Tagesablauf prägen (Stichwort: Maske versus Eisbär). Die Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 bringen auf unterschiedlichen Ebenen Heldinnen und Helden hervor; gegen den Klimawandel helfe, argumentiert Ostheimer, jedoch keine nationalstaatliche Souveränität.

Demgegenüber setzt MICHAEL ROSENBERGER auf die während der Corona-Krise neu entdeckten Potenziale moderner Gesellschaften und sieht darin einen Hoffnungsschimmer für den Umgang mit der Umwelt-

krise. Betrachte man beide Phänomene nämlich als „zweieiige Zwillinge“, ließe sich daraus, so Rosenberger mit einem Verweis auf den Untergang des Römischen Reichs durch geänderte Klimabedingungen und drei Pandemie-Wellen, gerade unter den gegenwärtigen Vorzeichen die welt-historische Aufgabe ergreifen, ein dauerhaftes Gleichgewicht zwischen menschlichem Wohlergehen und den Belastungsgrenzen der Erde zu ermöglichen. Ein gesunder Planet für gesunde Menschen wird nur im Zusammenspiel von ökologischer und sozialer Gerechtigkeit zu gewinnen sein.

WILLIBALD J. STRONEGGER verweist in seinem Beitrag *Die Covid-19-Pandemie aus biopolitischer Perspektive nach Foucault* auf die Ambivalenz biopolitischer Transformationsprozesse. Er vertritt die These, dass es durch natürliche Massenbedrohungen zu einer Verstärkung zweier auf den ersten Blick konträrer Reaktionen komme. Zum einen hätten gefährliche Pandemien das Potenzial, Umverteilungs- und Solidaritätsmaßnahmen innerhalb einer Gesellschaft zu fördern. Zum anderen führe dies aber auch zu einer gesteigerten Entsolidarisierung gegenüber vulnerablen und älteren Bevölkerungsteilen. Gemäß der biopolitischen Formel eines „Leben-machens und Sterbenlassens“ gefährde eine solche „optimierte Lebenssicherung“ sowohl das Konzept individueller Freiheit als auch jenes der Würde des Menschen.

Indem Krisen ganz allgemein die Grenzen der vertrauten Ordnung bewusst machen, zwingen sie dazu, über ein „Danach“ nachzudenken. An dieser menschlichen Fähigkeit zum Transzendieren justiert REGINA POLAK im Anschluss daran die Kapazität zur Krisenbewältigung. An drei grundlegenden gesellschaftlichen Wertekonflikten – Freiheit versus Sicherheit, Gesundheit versus Tod, Autoritarismus versus Demokratie – veranschaulicht Polak den Handlungsspielraum für die Wahrnehmung und den Umgang mit der Covid-19-Pandemie und kritisiert die Verengung auf technokratische Zugänge und Methoden sowie die damit verbundene Immanenz-Fixierung. Als Beispiel für die Eröffnung einer zukunfts-offenen Transzendenz-Spannweite erinnert die praktische Theologin an die tragende Glaubenserfahrung, die die Verfasser der biblischen Texte bezeugen.

ISABELLA GUANZINI betrachtet die Manifestation der Corona-Krise in den drei Diskursen der Wissenschaft, der Wirtschaft und der Politik. Der biopolitische Imperativ des sozialen Abstands schreibe sich als Stachel des permanenten Misstrauens in den individuellen und gesellschaftlichen Körper ein. Diese Transformation in eine „aktive Isolation“, in das „Niemand-land sozialer Nicht-Begegnung“, entfalte dabei einen dystopischen Sog, dem Guanzini mit einem Diskurs der Kultur begegnen möchte. Dieses Narrativ setzt bei der Wahrnehmung der Endlichkeit und Verletzlichkeit

aller Dinge an und zeichnet sich durch die Kraft sorgender und zärtlicher Gesten aus. In der Immaterialität des Blicks und der Sprache ereignet sich eine solidarische Zuwendung in der Zeit der Unberührbarkeit.

Die darauffolgende *Sektion IV* umkreist die Themenbereiche *Vulnerabilität und Spiritual Care*. Mit Blick auf Menschen mit Demenz und deren Angehörige nimmt in diesem Kontext zunächst MARTINA SCHMIDHUBER das Motiv der Vulnerabilität auf und fragt nach den Bedingungen, die für diese Gruppe von Menschen ein gutes Leben ermöglichen. Der Schutzpflicht gegenüber vulnerablen Personen stellt Schmidhuber den legitimen Wunsch nach einer Rückkehr in den Alltag zur Seite und lotet Optionen und Bedingungen aus, beide Interessen verantwortungsvoll abzugleichen.

Am Beginn mehrerer Beiträge zur Situation der Krankenhausseelsorge während der Corona-Krise findet sich der Artikel *Was willst Du, dass ich Dir tue? (Lk 18,41). Zur Situation der katholischen Krankenhausseelsorge (KHS) Österreichs während der Covid-19-Pandemie* der KrankenhausseelsorgerInnen MARIA BERGHOFER, SABINE PETRITSCH und DETLEF SCHWARZ. Zugrunde liegen ihren Überlegungen acht Erfahrungsberichte aus verschiedenen Gesundheitseinrichtungen in Österreich, aber auch eigene Eindrücke. Wie in den anderen Berichten dominiert die schmerzvolle Erfahrung, am Höhepunkt der Krise als Seelsorgende keinen Zugang zu den Kranken gehabt zu haben, auch wenn diese Exklusion unterschiedlich strikt gehandhabt worden sei. Die Verfasser sehen den Ort der KHS als ein spezifisches „Dazwischen“ – zwischen Institution Kirche und Institution Krankenhaus – und arbeiten hier in einer rückblickenden Analyse Chancen für eine Neubestimmung und für das Entdecken neuer Wege in der KHS heraus.

Die Analysen von GERHARD HUNSDORFERS Beitrag *„Unsere täglichen Besuche gib uns heute ...“*. *Krankenhausseelsorge und Besuchsverbot* beginnen mit dem in Großbuchstaben geschriebenen Wort BESUCHSVERBOT, dem man an allen Krankenhaustüren begegnen konnte. In weiterer Folge wird auf beeindruckende Weise geschildert, welche Möglichkeiten die KHS dennoch hatte. Vor allem aber wurde im Verlauf der Pandemie die Bedeutung der KHS, gerade auch für Covid-19-Patienten, von der Krankenhausleitung zunehmend erkannt; und man begann gemeinsam nach Wegen zu suchen, medizinische Hygiene- und Quarantäneerfordernisse mit der Möglichkeit seelsorglicher Präsenz zu verbinden.

Der Krankenhaus- und Hospizseelsorger CHRISTOPH SEIDL aus Regensburg reflektiert im Anschluss daran in seinem Beitrag *„Sein Unglück ausatmen können“*. *Hilfe für Helfende* eine Erfahrung von Krankenhausseelsorge, auf die man während der Krise öfters gestoßen ist: Je mehr der direkte Zugang zu den Kranken unmöglich wurde, desto offenkundiger wurde die Notwendigkeit, die in den Institutionen präsenten Angehörigen der pfle-

genden Berufe (Pfleger, Putzdiener, Ärztinnen und Ärzte) menschlich und seelsorglich zu begleiten. Der Beitrag bietet dabei nicht nur theoretische Reflexionen, sondern gibt auch Einblicke in persönliche Gespräche. Vor allem aber buchstabiert er – unter dem Leitwort „Seelsorge ist Atemhilfe“ – konkrete Wege einer solchen Sorge um die Sorgenden durch, die sich in der Krise bewährt haben.

Der vierte Beitrag zur Frage von KHS und Spiritual Care während der Corona-Krise steht unter dem Titel *Verändert Covid-19 unsere Konzeption von Spiritual Care? Von Michel Foucault inspirierte Thesen unter dem Eindruck der unbewältigten Corona-Krise*. ECKHARD FRICK SJ, ein bekannter Protagonist der *Spiritual-Care*-Bewegung in Europa, nimmt hier kritisch, ausgehend von Michel Foucault, das Schicksal spiritueller Sorge in einer Konstellation in den Blick, in der die Logik medizin- und gesundheitspolitischer Diskurse dominiert. Die Ausführungen sind holzschnittartig in acht Thesen gebündelt und regen dabei zu einem kritischen Nachdenken über ein mögliches „Zuviel“ an Unterwerfung unter gesundheitspolitische Erfordernisse und über eine mögliche kritische Kraft des Spirituellen an.

Die anschließende *Sektion V* beschäftigt sich mit explizit *religiösen Perspektiven*. Dazu geht einleitend ULRICH H.J. KÖRTNER aus einer „diakonisch-ethischen Perspektive“ der Frage nach, welche Rolle Kirche und Diakonie in Zeiten von Corona gespielt haben und welchen Beitrag sie zukünftig im politischen Krisenmanagement leisten sollen. Der im Kontext der „Corona-Krise“ immer wieder diagnostizierte Verlust an Systemrelevanz für Theologie und Kirche sei nicht bloß zu beklagen, sondern würde auch neue Freiräume schaffen, so der Autor. Im Rahmen einer „Öffentlichen Theologie“ hätten demnach Religionsgemeinschaften in Zukunft vermehrt die Aufgabe, sich aktiv am gesellschaftspolitischen Diskurs über den Umgang mit den Folgen der Pandemie zu beteiligen. Damit würden sie auch in einer säkularen Gesellschaft einen wichtigen und notwendigen Beitrag zur Zivilgesellschaft leisten.

Daraufhin versucht sich MARTIN SPLETT den Fragen nach dem existentiellen Sinn *in* der Krise sowie existentiellen Sinn-Krisen aus philosophischer und theologischer Perspektive anzunähern. Dabei bezieht er sich zunächst auf Grundthemen der sogenannten „Existentiellen Psychotherapie“ von Irvin Yalom. In weiterer Folge fragt er, wie man als gläubiger Christ mit der existentiellen Spannung von Sinn und Sinnlosigkeit umgehen kann. Für Splett kann das Fehlen von Sinn ohne die reale Möglichkeit einer sinnvollen Ordnung prinzipiell „nicht sinnvoll beklagt werden“. Deshalb könne der Glaube an Gott nicht die Frage nach dem „Woher und Wozu des Übels“ beantworten, sondern er biete vielmehr einen Rahmen, in dem diese Frage sinnvoll gestellt werden kann.

STEPHAN WINTER fragt in seinem Beitrag *Gottesdienst und rituelles Handeln in der Pandemie-Krise* nach möglichen Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Liturgie und die religiöse Praxis. Kirchen und Religionen befänden sich derzeit in einer massiven Suchbewegung mit offenem Ausgang, vor allem hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Virtualität und physischer Präsenz in rituellen Handlungskontexten. Dabei sieht er in den neuen „Sakralräumen des Internets“ für Religionen und Konfessionen eine Reihe von Chancen. Allerdings eigne sich der Einsatz moderner Kommunikationsmedien für viele Menschen nur bedingt, da gerade in bestimmten (Extrem-)Situationen des Lebens eine „ganzheitliche Erfahrung von Gemeinschaft und Kommunikation von Angesicht zu Angesicht“ entscheidend seien.

Schließlich geben in *Sektion VI* eine Reihe von Interviews mit Führungspersönlichkeiten und unmittelbar Betroffenen aus dem Gesundheitsbereich Einblicke in die *Leistungsverantwortung in der Krise*. In einem Interview mit dem Direktorium des Landeskrankenhaus-Universitätsklinikums Graz wird zunächst durch die Pflegedirektorin CHRISTA TAX, den Betriebsdirektor GEBHARD FALZBERGER und den ärztlichen Direktor WOLFGANG KÖLE aufgezeigt, welche Probleme im Zusammenhang mit dem Ausbruch von Covid-19 aufgetreten sind. Das war einerseits die Notwendigkeit, den Betrieb aufrechtzuerhalten, da Spezialleistungen, die auch in der Zeit des Shutdown erforderlich waren, zu gewährleisten waren. Andererseits war es erforderlich, elektive Behandlungsmaßnahmen weitgehend einzuschränken, um die Patientinnen und Patienten, aber auch das Personal des Klinikums zu schützen. Insgesamt aber lässt sich zeigen, dass in einem Zentralkrankenhaus eine Krisensituation, wenn auch mit Einschränkungen, bewältigbar ist – vor allem, wenn es zu einer intensiven und ausgeprägten Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen kommt.

Eine vollkommen andere Situation bietet sich wiederum in einem Klinikum, in dem hochbetagte, demente und kognitiv stark eingeschränkte Menschen stationär behandelt werden. Im einem weiteren Interview legen der ärztliche Direktor WALTER SCHIPPINGER, Abteilungsleiter GERHARD PICHLER, Pflegedienstleiter JÖRG HOHENSINNER, die Stationsleitung DGKP ANNKA THONHOFFER und die DGKP KARIN GUBISCH dar, dass es selbstverständlich nicht möglich war, diese betroffenen Menschen nach Hause zu entlassen oder in ein anderes Krankenhaus zu verlegen, sondern dass es gerade in dieser Phase sehr wichtig war, sich mit noch mehr Empathie als sonst diesen Menschen zuzuwenden. Interessant erscheint dabei die Aussage, dass es gerade während der Einschränkungen vielen Patientinnen und Patienten eher besser gegangen sei, nämlich durch die Ruhe, die im Klinikum vorherrschte, weil einerseits Besuche von Angehörigen nicht möglich

waren und andererseits auch stationsübergreifende Behandlungen nicht durchgeführt werden konnten.

Der abschließende Beitrag gewährt einen Einblick in den Alltag eines Pflegeheimes während und nach der Corona-Krise. In einem Interview mit JOHANN PLATZER schildern Hausleiterin BRIGITTE PICHLER und Pflegedienstleiterin BARBARA DERLER, die selbst positiv auf Covid-19 getestet worden war, ihre beruflichen und persönlichen Erfahrungen im Umgang mit dem Virus. Zu den größten Herausforderungen zählten dabei vor allem die rasche Umsetzung von Schutzmaßnahmen, die Kommunikation zwischen den BewohnerInnen und den Angehörigen sowie konträre Ansichten zwischen den Pflegenden und den Hausärzten. Für die BewohnerInnen des Pflegeheimes habe sich vor allem die soziale Isolation während dieser Zeit negativ auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand ausgewirkt; auch die Bezeichnung älterer Menschen als „Risikogruppe“ oder als „zu Beschützende und Schwache“ löse bei vielen Betroffenen ein Gefühl der Bevormundung aus. Solche negativen Altersbilder könnten nach Einschätzung der Befragten auch zu einer zunehmenden Altersdiskriminierung führen.

Abschließend gilt der Dank der Herausgeber allen, die zum Gelingen dieses Bandes beigetragen haben: in erster Linie den Autorinnen und Autoren, ohne deren Engagement die Realisierung dieses Buches nicht möglich gewesen wäre. Sie haben sich nicht nur bereit erklärt, innerhalb kürzester Zeit einen Artikel zu verfassen, sondern haben diesen auch zeitgerecht eingereicht. Wir sind uns bewusst, welchen Druck es bedeuten kann, neben den alltäglichen beruflichen Belastungen einen solchen Beitrag zu verfassen. Ganz besonders möchten wir uns auch bei Frau Beate Bernstein vom Nomos-Verlag in Baden-Baden bedanken, die den Anstoß gegeben hat, in der Schriftenreihe *Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft* einen Band zu publizieren, der die Corona-Krise interdisziplinär beleuchtet. Zu danken ist auch all den anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Nomos-Verlags, die mit dem Lektorat, der Herstellung und dem Vertrieb dieses Sammelbandes beschäftigt sind. Unser besonderer Dank gilt auch Frau Mag.^a Bianca Ranz und Frau Agnes Strauss, BSc, für die unterstützenden Korrektur- und Formatierungsarbeiten. Schlussendlich möchten wir uns auch bei unseren Familien bedanken. Sie haben in der Zeit der Arbeit an diesem Sammelband damit leben müssen, dass wir Stunden damit verbracht haben, die organisatorischen Vorbereitungen zu treffen, Beiträge auch selbst zu verfassen oder Interviews durchzuführen, bis schließlich das Manuskript dieses Buches dem Verlag zur Verfügung gestellt werden konnte.

Die Herausgeber

Inhalt

I Empfehlungen von Expertengremien

Die <i>Ad-hoc</i> -Empfehlung des Deutschen Ethikrats zur Corona-Pandemie <i>Eberhard Schockenhoff</i> [†]	25
Rationalisierung vor Rationierung – Therapieentscheidungen und medizinischer Ressourceneinsatz in der Covid-19-Pandemie. Kommentar zur Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie <i>Andreas Valentin</i>	37
Covid-19: Verlautbarungen der Schweizer Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin <i>Nadine Brühwiler, Simone Romagnoli, Jean-Daniel Strub</i>	51
SARS-CoV-2-Pandemie – medizinische Entscheidungshilfe wegen der Gefahr drohender Ressourcenknappheit <i>Franz Ploner</i>	65
Corona und die Alten – um wen sorgen wir uns wirklich? <i>Stefan Dinges</i>	69

II *Normative Perspektiven aus Ethik und Recht*

Das Triage-Problem in Italien während der COVID-19-Pandemie <i>Martin M. Lintner</i>	87
Knappe Ressourcen in der Katastrophe und erhöhte Anforderungen im intensivmedizinischen Alltag <i>Wolfgang Kröll</i>	103
Kantianismus, Utilitarismus und die Menschenwürde <i>Werner Wolbert</i>	119
Die Verhältnismäßigkeit der Covid-19-Maßnahmen aus strafrechtlicher Sicht <i>Alois Birklbauer</i>	137
Unions-, verfassungs- und universitätsrechtliche Aspekte zu „Corona-Maßnahmen“ <i>Manfred Novak</i>	153

III *Deutungen des Sozialen*

Einfache und vertrackte Probleme. Strukturelle Unterschiede zwischen der Corona-Pandemie und der Klimakrise <i>Jochen Ostheimer</i>	179
Zweieiße Zwillinge. Corona und die Umweltkrise <i>Michael Rosenberger</i>	199
Zwischen übersteigerter und fehlender Solidarität. Die Covid-19-Pandemie aus biopolitischer Perspektive nach Foucault <i>Willibald J. Stronegger</i>	213

Transzendenzmangel in den Werthaltungen der Österreicherinnen und Österreicher als Herausforderung für die Zeit nach der Covid-19-Pandemie	237
--	-----

Regina Polak

Die Zärtlichkeit am Ende? Apokalyptische Gefühle in der Zeit der Unberührbarkeit	257
--	-----

Isabella Guanzini

IV *Vulnerabilität und Spiritual Care*

Vulnerabilität in der Krise	273
-----------------------------	-----

Martina Schmidhuber

Was willst Du, dass ich Dir tue? (Lk 18,41) Zur Situation der katholischen Krankenhausseelsorge (KHS) Österreichs während der Covid-19-Pandemie	283
---	-----

Maria Berghofer, Sabine Petritsch, Detlef Schwarz

„Unsere täglichen Besuche gib uns heute ...“ Krankenhausseelsorge und Besuchsverbot	299
--	-----

Gerhard Hundsdorfer

„Sein Unglück ausatmen können“. Hilfe für die Helfenden	313
---	-----

Christoph Seidl

Verändert Covid-19 unsere Konzeption von Spiritual Care? Von Michel Foucault inspirierte Thesen unter dem Eindruck der unbewältigten Corona-Krise	329
--	-----

Eckhard Frick SJ

V Religiöse Perspektiven

- Ethik in Zeiten von Corona. Eine diakonisch-ethische Perspektive 343
Ulrich H.J. Körtner
- Das Virus, der sterbliche Mensch und Gott – vom existentiellen Sinn
in der Krise zur existentiellen Sinn-Krise und zurück 359
Martin Splett
- Gottesdienst und rituelles Handeln in der Pandemie-Krise.
Erste Sichtungen aus einer liturgiewissenschaftlichen Perspektive 369
Stephan Winter

VI Leitungsverantwortung in der Krise

- Der Umgang mit der Covid-19-Krise aus der Sicht der kollegialen
Führung eines Universitätsklinikums 381
*Christa Tax, Gebhard Falzberger, Wolfgang Köle – befragt von
Wolfgang Kröll*
- Der Umgang mit COVID-19 in einer Sonderkrankenanstalt.
Erfahrungen der Albert-Schweitzer-Klinik als Teil der Geriatrischen
Gesundheitszentren Graz (GGZ) 407
*Walter Schippinger, Gerald Pichler, Hartmann J. Hohensinner,
Annika Thonhofer, Karin Gubisch – befragt von Wolfgang Kröll*
- Corona im Pflegeheim. Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis 423
Barbara Derler und Brigitte Pichler – befragt von Johann Platzer
- Verzeichnis der Autorinnen und Autoren 443

I

Empfehlungen von Expertengremien

Die *Ad-hoc*-Empfehlung des Deutschen Ethikrats zur Corona-Pandemie

Eberhard Schockenhoff[†]

Nur wenige Wochen nach dem Inkrafttreten der von den staatlichen Stellen beschlossenen Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie am 27. März 2020 veröffentlichte der Deutsche Ethikrat (DER) eine ausführliche Stellungnahme zu den ethischen Bedingungen, unter denen die von der Regierung verfügten Maßnahmen, die mit schwerwiegenden Grundrechtseingriffen und Belastungen für die Bevölkerung verbunden sind, ethisch gerechtfertigt erscheinen. Zum Zeitpunkt der Publikation der Empfehlungen des Ethikrates lagen bereits ähnliche Stellungnahmen von ausländischen und inländischen medizinischen Fachgesellschaften vor, von denen sich die Überlegungen des Ethikrates teilweise deutlich abheben. Die Stellungnahme erörtert drei unterschiedliche Fragekomplexe, in denen neben der Beantwortung naturwissenschaftlicher (virologischer, epidemiologischer und intensivmedizinischer) Aspekte auch rechtliche und ethische Überlegungen anzustellen sind.

Dezidiert lehnt es der DER ab, die Bekämpfung der Pandemie allein an die Wissenschaft zu delegieren. Es wäre nicht nur eine Überforderung naturwissenschaftlicher Erkenntnisse über die Entstehung und den voraussichtlichen Verlauf einer Pandemie, wollte man daraus konkrete Handlungsanweisungen zu ihrer Bekämpfung ableiten. Diese müssen zwar aus naturwissenschaftlicher Sicht begründet und angemessen sein, doch widerspräche es dem Grundgedanken demokratischer Legitimation, weitreichende politische Entscheidungen, die das gesellschaftliche Leben auf lange Sicht verändern, in abgeschotteten Zirkeln wissenschaftlicher Politikberatung mit unklaren Verantwortungsstrukturen zu fällen. Deshalb wiederholt der Ethikrat am Schluss nochmals die Eingangsthese seiner Ermahnung, dass die Spielregeln politischer Entscheidungsfindungen durch das Zusammenspiel der Verfassungsorgane einer repräsentativen Demokratie auch in Zeiten der Corona-Krise nicht außer Kraft gesetzt werden dürfen. „Gerade schmerzhaft Entscheidungen müssen von den Organen getroffen werden, die hierfür durch das Volk mandatiert sind und dementsprechend auch in politischer Verantwortung stehen. Die Corona-Krise ist die Stunde der demokratisch legitimierten Politik.“ (S. 7) Zum Zeitpunkt der Veröf-

fentlichung dieser Stellungnahme setzte dieser Hinweis einen markanten Kontrapunkt zu der nahezu ausschließlichen Fokussierung der medialen Aufmerksamkeit auf das Regierungshandeln der staatlichen Stellen und ihre zu Beginn der Krise reibungslose Koordination. Die hohen Zustimmungswerte zu den die Regierung tragenden Parteien und den wichtigsten Einzelpersonlichkeiten (Bundeskanzlerin, Gesundheitsminister, einzelne Ministerpräsidenten) signalisierten aber auch, dass ein Großteil der Bevölkerung – und damit des demokratischen Souveräns und Trägers der letzten politischen Verantwortung – mit den getroffenen Maßnahmen einverstanden war.

Im Einzelnen berühren die rechtlichen und ethischen Erörterungen der Stellungnahme drei Bereiche: *erstens* die ethische Legitimation der Gesamtstrategie eines weitgehenden gesellschaftlichen Lockdowns, *zweitens* die Notfallregeln einer aufgrund von Unterkapazitäten erforderlichen Priorisierung einzelner Patienten bei medizinischen Behandlungsentscheidungen und *drittens* die erforderlichen Öffnungsperspektiven, die eine Renormalisierung des gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Lebens ermöglicht.

1. Die Rechtfertigung der anfänglichen Lockdown-Strategie

Was die Rechtfertigung der betroffenen Grundentscheidung, das gesamte gesellschaftliche Leben weitgehend „herunterzufahren“, anbelangt, um ein exponentielles Anwachsen der Anzahl infizierter Personen zu vermeiden, betont der DER, dass diese Vorgehensweise in der dramatischen Anfangsphase der Pandemie rechtlich und ethisch vertretbar oder sogar geboten erschien. Dies gilt auch für die „rigorosen, massiv und flächendeckend freiheitsbeschränkenden“ (S. 2) staatlichen Maßnahmen, die das soziale Leben in den meisten gesellschaftlichen Bereichen, in Schulen, Kindergärten und Kitas, in Wirtschaftsbetrieben und Produktionsstätten, in Restaurants, Sportvereinen und Freizeitclubs abrupt zum Erliegen brachten. Gerechtfertigt waren diese Eingriffe in Grund- und Freiheitsrechte aus der Sicht des Ethikrates durch eine Abwägung konkurrierender moralischer Güter, die auch die Grundprinzipien der Solidarität und Verantwortung aller Bevölkerungsgruppen, nicht nur der unmittelbaren Risikoträger, einbezieht. Ausdrücklich betont die Stellungnahme, dass eine Strategie des „Laufenlassens“, die allein auf die rasche Verbreitung des Virus und eine ausreichende „Durchseuchung“ der Bevölkerung („Herdenimmunität“) setzt, angesichts der unvermeidlichen Mortalitätsrate unverantwortlich gewesen wäre. Insofern billigt der Ethikrat die politische Vorzugsentscheidung der

staatlichen Akteure, die dem Gesundheitsschutz und den Maßnahmen zur Lebensrettung besonders vulnerabler Gruppen in Krisenzeiten die oberste Priorität staatlichen Handelns zusprachen.

Nur kurz erwähnt wird eine alternative Strategie, die eventuell den Übergang in die spätere Lockerungsphase, die gesellschaftliches Leben wieder ermöglichen soll, als Zusatzstrategie zur weiteren Risikoverminderung begleiten könnte. „Anders zu beurteilen ist möglicherweise ein Vorgehen, das eine solche Strategie mit einem weitreichenden abschirmenden Schutz vulnerabler Gruppen verbindet.“ (S. 2) Doch warnt der DER zugleich davor, dass gerade der Gruppe der Senioren und Hochbetagten, die in Pflegeeinrichtung ohnehin besonders zurückgezogen leben, durch strengere Kontaktsperren psychische Schäden (Einsamkeit, Isolation, depressive Erkrankungen) drohen, die ebenfalls erhebliche Auswirkungen auf ihre gesundheitliche Situation haben.

In ihrer abschließenden ethischen Bewertung der Gesamtstrategie zur Eindämmung der Corona-Pandemie hebt die Stellungnahme zwei Gesichtspunkte hervor: Auch in Katastrophenzeiten kann es nicht allein darum gehen, das unmittelbare Ziel der getroffenen Maßnahmen, die Senkung der Zahl von Neuinfektionen und die Reduzierung der Sterbeziffer, mit allen geeignet erscheinenden Mitteln zu erreichen. Zugleich hat der Staat auch angesichts singulärer Notlagen Sorge dafür zu tragen, dass die Fundamente der Rechtsordnung gewahrt bleiben. Damit hängt zweitens die Notwendigkeit einer ständigen Überprüfung zusammen, ob die Einschränkungen der Grund- und Freiheitsrechte der Bevölkerung noch verhältnismäßig sind. Die Berücksichtigung eines Zeitfaktors bei der geforderten komplexen Güterabwägung ergibt sich aus der Architektonik der Freiheitsrechte, nach der Gesundheits- und Lebensschutz nur zeitweilig die oberste Priorität gegenüber allen anderen Rechten genießen dürfen. „Auch der gebotene Schutz menschlichen Lebens gilt nicht absolut. Ihm dürfen nicht alle Freiheits- und Partizipationsrechte sowie Wirtschafts-, Sozial- und Kulturrechte *bedingungslos* nach- bzw. untergeordnet werden. Ein allgemeines Lebensrisiko ist von jedem zu akzeptieren.“ (S. 5)

2. Der ethische Ernstfall: Entscheidungsregeln der Triage-Situationen

Den zweiten Schwerpunkt der Stellungnahme bilden Kriterien zur Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen, die dann auftreten können, wenn sich selbst die flächendeckenden und eingriffsintensiven Schutzmaßnahmen des Grundszenarios als nicht ausreichend erweisen sollten. In der Rückschau auf die Anfangsphase der Krise zeigt sich, dass

das deutsche Gesundheitssystem zu jedem Zeitpunkt ihres bisherigen Verlaufs weit von der befürchteten Überlastung entfernt war. Viele Krankenhäuser hatten durch die Umwidmung anderer intensivmedizinischer Behandlungsressourcen und die Bereitstellung zusätzlicher Betten ihre Kapazität so erweitert, dass sie eher über eine mangelnde Auslastung (auch weil bereits geplante Behandlungen anderer Patienten verschoben wurden) klagten. Doch beim Erscheinen des DER-Papiers schien das *Worst-Case-Szenario*, das durch den *Lockdown* unbedingt verhindert werden sollte, noch nicht endgültig gebannt. Für diese damals im Bereich des Möglichen liegende Situation, wenn tatsächlich nicht mehr ausreichend intensivmedizinische Ressourcen für alle behandlungsbedürftigen Infizierten zur Verfügung stünden, waren die vom DER vorgeschlagenen ethischen Entscheidungshilfen gedacht. Derartige Triage-Konstellationen werfen schwerwiegende Fragen der Verteilungsgerechtigkeit auf, in denen es für die Betroffenen um Leben und Tod gehen kann. Deshalb kann es, so betont die Stellungnahme, „für manche dieser Konstellationen [...] keine rechtlich und ethisch umfassend befriedigende Lösung“ (S. 3) geben.

Für das ärztliche Ethos stellt die Notwendigkeit, unter den Bedingungen von Unsicherheit knappe Behandlungsressourcen bestimmten Patienten zuzuordnen und sie damit anderen vorzuenthalten, eine besondere Herausforderung dar. Diese ist dadurch bestimmt, dass die Maxime, das Wohl des einzelnen Kranken als oberste Richtschnur aller ärztlichen Maßnahmen anzusehen, der Ergänzung durch eine Berücksichtigung der allgemeinen Gefahrenlage und der an sich ebenfalls erforderlichen Gesundheitsfürsorge für die große Zahl anderer als an Corona erkrankter Patienten bedarf, für die keine weiteren Behandlungsplätze mehr zur Verfügung stehen. Die mit dieser Öffnung des ärztlichen Pflichtenkreises verbundene Notwendigkeit von Priorisierungsentscheidungen kann das medizinische Personal vor unlösbare Dilemmata führen, in denen fundamentale Prinzipien des Rechts und der Ethik miteinander kollidieren. Die Stellungnahme des Ethikrats beschreibt diesen Konflikt in aller Schärfe, gibt aber keine konkreten Kriterien an die Hand, an denen sich die Entscheidungsfindung orientieren könnte. Offenbar war über eine Liste positiver Entscheidungskriterien unter den Mitglieder des Ethikrates keine Verständigung zu erzielen, so dass sich die Stellungnahme auf Erwägungen allgemeiner Art beschränken musste.

Diese Überlegungen heben in aller wünschenswerten Deutlichkeit zwei Grundsätze hervor, in denen Rechtsordnung und Ethik (zumindest eine autonomiebasierte Ethik, die dem individuellen Rechtsschutz aufgrund der Menschenwürde oberste Priorität einräumt) übereinstimmen. Dies sind die beiden Grundsätze der *Lebenswertindifferenz* und des *Instrumentali-*

sierungsverbotes. Das erste Prinzip untersagt jede Bewertung des menschlichen Lebens nach Kriterien der Nützlichkeit, des Alters, des sozialen Ranges, der ethnischen Zugehörigkeit oder des Geschlechts. Dieses fundamentale Bewertungsverbot ergibt sich unmittelbar aus dem Gleichheitsgrundsatz der Verfassung, demzufolge jedes menschliche Leben den gleichen Schutz genießt. Damit ist jede Abwägung gemäß einem utilitaristischen Nutzenkriterium – etwa im Sinne einer höheren Zahl geretteter Patienten oder der Maximierung gewonnener Lebensjahre – untersagt. Zugleich darf in Situationen, in denen Leben gegen Leben steht, niemand als Mittel zum Zweck der Lebensrettung anderer benutzt werden. Selbstverständlich muss es das Ziel aller getroffenen Maßnahmen sein, so viele Menschenleben wie möglich zu retten. Doch muss sich die gewählte Vorgehensweise zwingend innerhalb des durch die Grundrechte aller Beteiligten gezogenen verfassungsrechtlichen Rahmens bewegen, die auch in Notsituationen niemals außer Kraft gesetzt werden können. „Auch persönliche ethische Überzeugungen, die etwa eine reine Ergebnisorientierung und mit ihr die unbedingte Maximierung der Zahl geretteter Menschenleben fordern mögen, können ein Handeln, das die skizzierten Grenzen des Verfassungsrechts überschritte, nicht rechtfertigen.“ (S. 4)

Wie in der medizinethischen Fachliteratur üblich, unterscheidet die Stellungnahme zwei Fallgruppen, in denen Priorisierungsentscheidungen getroffen werden müssen: eine Triage bei *Ex-ante*-Konkurrenz und die Triage bei *Ex-post*-Konkurrenz. In seiner Begründung, warum Triage-Entscheidungen im ersten Fall möglich sind, bleiben die Ausführungen der Stellungnahme allerdings vage und unbestimmt. Über den Grundsatz hinaus, dass niemand zu Unmöglichem verpflichtet sein kann, wird nur gefordert, dass die Entscheidung aus ethischer Sicht nach wohlüberlegten, einheitlichen und transparenten Kriterien erfolgen sollte. Welche Regeln dafür in Frage kommen, erfährt der Leser hingegen nicht. Die Rechtsordnung kann für derartige dilemmatische Situationen ohnehin keine positiven Entscheidungshilfen geben. An dieser Stelle wären weitere ethische Überlegungen darüber notwendig gewesen, warum Priorisierungsentscheidungen vor Aufnahme der Behandlung erlaubt und oftmals sogar geboten sein könnten. Diese widersprechen nämlich nicht dem strikten Verbot, den Wert des Lebens eines Menschen im Vergleich zu dem eines anderen zu beurteilen, etwa indem das Leben einer 45-jährigen Mutter dem eines 85-jährigen Rentners vorgezogen würde. Beurteilt wird bei einer Triage-Entscheidung nicht der Wert der in Konkurrenz zueinander stehenden behandlungsbedürftigen Personen, sondern die Aussicht darauf, dass eine mögliche Behandlung ihr erhofftes Ziel auch tatsächlich erreichen kann,

also mithin die medizinische Prognose, die häufig unterschiedlich ausfallen wird.

Hingegen darf das Alter als solches kein Ausschlusskriterium sein, wohl aber können in höherem Alter gehäuft auftretende Vorerkrankungen dazu führen, dass ein älterer Patient im Vergleich zu einem jüngeren eine geringere Heilungschance aufweist. Die psychologische Belastung für das ärztliche Personal, die mit derartigen Entscheidungen verbunden ist, bleibt zwar unzumutbar hoch, doch ist die Bewertung von Heilungsaussichten und der Vergleich von Behandlungsoptionen für verschiedenen Patienten durchaus eine Aufgabe, in der medizinisches Wissen zur Anwendung kommt. Aus ethischer Sicht muss die Forderung lauten, dass Triage-Entscheidungen nur nach medizinischen Kriterien, sofern diese eine begründete Entscheidungsbasis erlauben, erfolgen dürfen. Wenn bei einem Patienten die begründete Aussicht auf eine bessere Heilungsprognose als bei einem anderen besteht, erscheint es ethisch vertretbar, ihm diese zukommen zu lassen, auch wenn das für den Patienten mit den schlechteren Aussichten bedeutet, dass ihm nicht geholfen werden kann. Offen lässt der DER auch die Frage, ob Personen, die sich bei der Ausübung ihres ärztlichen oder pflegerischen Berufs infizieren (bei denen die Erkrankung oft einen besonders schweren Verlauf nimmt), vorrangig behandelt werden dürfen. Das würde zwar die Grundregel durchbrechen, Priorisierungen nur nach medizinischen Kriterien vorzunehmen. Doch ließen sich zugunsten derartiger Entscheidungen Gerechtigkeitsüberlegungen anführen, da sich dieser Personenkreis einem wesentlich höheren Infektionsrisiko aussetzen muss, um bereits Erkrankten helfen zu können. Auch liegt es im Interesse aller aktuell und künftig Infizierten, die Aufrechterhaltung der medizinischen Versorgung durch die möglichst rasche Rückkehr der Betroffenen an ihren Arbeitsplatz im Krankenhaus sicherzustellen.

Schwieriger sind die Fälle zu beurteilen, in denen es zu einer *Ex-post*-Konkurrenz unter mehreren Patienten kommen kann. Darf die lebenserhaltende Behandlung eines Patienten – angenommen es handle sich um den in der öffentlichen Debatte um die Stellungnahme des Ethikrats viel zitierten 85-jährigen Rentner – beendet werden, um mit den medizinischen Behandlungskapazitäten das Leben eines anderen Menschen – etwa das einer 45-jährigen Mutter – zu retten, der sich zu einem späteren Zeitpunkt infiziert? Aus rechtlicher Sicht wäre dies – anders als bei den *Ex-ante*-Konstellationen – als „Töten durch Unterlassen“ zu qualifizieren.¹ Aber auch moralisch liefe es auf eine unerlaubte Instrumentalisierung hi-

1 Vgl. Rönnau/Wegner, Grundwissen – Strafrecht: Triage, 403–407, bes. 405f.

naus, würde die laufende Behandlung des ersten Patienten zugunsten der Rettung eines anderen beendet. Die Stellungnahme des DER spricht sich nicht eindeutig für die Geltung des sogenannten Windhund-Prinzips aus, wonach derjenige, der zuerst an das medizinische Gerät angeschlossen wird, diesen zeitbedingten Vorteil solange behält, als die Fortführung der Behandlung für ihn medizinisch indiziert ist. Das Papier beschränkt sich auf die Feststellung, dass die Beendigung einer lebenserhaltenden Maßnahme mit ausreichender Erfolgsprognose niemals „objektiv rechters“ sein kann. (S. 4)

Dadurch gerät der DER in die unangenehme Situation, der Stellungnahme der Leopoldina, die derartige Entscheidungen nicht in jedem Fall für unzulässig hält, indirekt widersprechen zu müssen. Deshalb hält auch der DER eine andere individuelle ärztliche Entscheidung für moralisch immerhin tolerabel, auch wenn ihr eine rechtliche Handlungslegitimation fehlt. „Hier können Grenzsituationen entstehen, die für das behandelnde Personal seelisch kaum zu bewältigen sind. Wer in einer solchen Lage eine Gewissensentscheidung trifft, die ethisch begründbar ist und transparent – etwa von medizinischen Fachgesellschaften aufgestellten – Kriterien folgt, kann im Fall einer möglichen (straf-)rechtlichen Aufarbeitung des Geschehens mit einer entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung rechnen.“ (S. 4) Ob sich die einzelnen ärztlichen Entscheider durch den bloßen Hinweis auf das Vorliegen eines rechtlichen Strafausschlussgrundes in ihrer Urteilskompetenz tatsächlich bestärkt fühlen, darf allerdings bezweifelt werden.

In ihrer Analyse des Vergleichs der Behandlungsbedürftigkeit mehrerer Patienten im Rahmen einer *Ex-post*-Triage-Situation geht die Stellungnahme des DER davon aus, dass die lebenserhaltende Behandlung für den bereits an das medizinische Gerät angeschlossenen Patienten weiterhin indiziert ist. In diesem Fall errichtet das rechtliche Verbot, die begonnene Behandlung vorzeitig abubrechen, eine Grenze, die auch in ethischer Hinsicht Beachtung verlangt; solange die Fortführung der begonnenen Behandlung nach medizinischen Kriterien indiziert ist, weil noch Aussicht besteht, dass sie ihr Ziel erreichen kann, bleibt jede andere Lösung durch das Instrumentalisierungsverbot untersagt. Für die nachfolgenden Patienten, die aufgrund fehlender medizinischer Kapazitäten oder wegen der Belegung aller vorhandenen Behandlungsplätze nicht mehr versorgt werden können, erscheint es besonders bitter, von einer an sich möglichen und in den meisten Fällen erfolversprechenden Therapie wegen ihrer im Augenblick fehlenden Verfügbarkeit ausgeschlossen zu bleiben. Doch muss diese Lage, deren Auftreten man einem tragischen „Zufall“ oder dem „Schick-

sal“ zuschreiben kann, hingenommen werden, da sie sich auf eine moralisch und rechtlich vertretbare Weise nicht ändern lässt.

Die Prämisse, dass die Behandlung des ersten Patienten weiterhin indiziert ist, bedarf jedoch während des Therapieverlaufs einer ständigen Überprüfung. Die Konstellation, dass eine Behandlung durch die zunehmende Verschlechterung des Gesamtzustandes eines Patienten unverhältnismäßig wird und aus diesem Grund abgebrochen werden darf, kann sich auch im Rahmen einer intensivmedizinischen Anti-Corona-Unterstützungsbehandlung ergeben.² Wenn es angebracht erscheint, einen Therapieziel-Wechsel hin zu einer palliativmedizinischen Versorgung ins Auge zu fassen, wird der Behandlungsplatz frei für einen Nachfolge-Patienten. Diese grundsätzlich bei jeder medizinischen Behandlung denkbare Situation ist aber nur dann gegeben, wenn die Fortführung der Behandlung aus der Sicht des aktuell behandelten Patienten unverhältnismäßig geworden ist. Diese Annahme ist aber nicht schon dadurch erfüllt, dass weitere Anwärter auf den Behandlungsplatz in der Warteschlange nachrücken. Ebenso kann es als legitim angesehen werden, immer ein Notfallbett freizuhalten, um sich Behandlungsoptionen in einem *Worst-Case*-Szenario zu bewahren, in denen ein junger Patient ohne Vorerkrankungen mit guter Genesungsprognose zu einem Zeitpunkt kommt, an dem alle Behandlungsplätze belegt sind. Auf derartige Details geht die Stellungnahme des DER jedoch nicht ein, da sie nur verlangt, dass eventuell notwendige Triage-Entscheidungen nach transparenten und einheitlich angewandten Regeln erfolgen sollen.

3. Die Notwendigkeit einer Öffnungsperspektive

Als dritten Fragenkomplex erörtert die Stellungnahme die Notwendigkeit einer „Öffnungsperspektive“ (S. 6), um die Bereitschaft der Öffentlichkeit, die verfügbaren Freiheitsbeschränkungen im Geiste solidarischer Zusammengehörigkeit mitzutragen, über einen längeren Zeitraum hinweg zu erhalten. Damit ist weder eine einfache Rückkehr zum *status quo ante*, noch die Zeit danach gemeint, die erst anbricht, wenn die Corona-Krise vollständig überwunden ist. Vielmehr umfasst der Begriff die Lockerungen und allmählichen Aufhebungen der zu Beginn der Krise getroffenen Schutzmaßnahmen, die schon bald nach der Überwindung (oder dem Ausbleiben) der ersten Infektionswelle angezeigt sind. Die allmähliche Renormalisierung des gesellschaftlichen Lebens muss nach Auffassung des DER von

2 Vgl. Heinemann/Proft u. a., Covid-19. Ethische Empfehlungen, 32.

einer intensiven gesellschaftlichen Debatte darüber begleitet werden, welches Maß an Lebensrisiken die Mehrheit zu tolerieren bereit ist, und welche längerfristigen Einschränkungen sie in welchen Bereichen zur Minimierung dieser Risiken mittragen möchte.

Angesichts der massiven gesellschaftlichen ökonomischen und kulturellen Langzeitfolgen, die der *Lockdown* für den Lebensstand der Gesellschaft haben wird, ist es nach Ansicht des DER somit schon auf dem Höhepunkt der Krise erforderlich, eine geordnete Rückkehr zu „normalen“ gesellschaftlichen Aktivitäten und zu regulären wirtschaftlichen Unternehmungen ins Auge zu fassen, um die materiellen, kulturellen und psychosozialen Schäden möglichst gering zu halten. Besonders hebt der DER die Notwendigkeit hervor, die ökonomische Basis der Gesellschaft zu erhalten. Dabei geht es nicht nur darum, die Interessen des „Kapitals“ zu berücksichtigen, wie im öffentlichen Diskurs häufig mit herabsetzendem Unterton vermerkt wird. Denn um die Bewältigung der durch die Corona-Krise entstandenen Lage dauerhaft absichern zu können, muss nicht nur die Handlungsfähigkeit des Staates und seiner Verwaltungsinstanzen gewährleistet sein – wie gut diese während der Krise funktionierten, konnte die deutsche Bevölkerung zu ihrem Erstaunen und mit positiver Überraschung registrieren. Vielmehr bedarf es auch einer funktionierenden marktwirtschaftlichen Ordnung, um die erforderlichen Wohlfahrtsgewinne langfristig zu erarbeiten.

Besonders betont der Ethikrat, dass die wirtschaftliche Existenz vor allem von Kleinunternehmern und Selbständigen gefährdet ist, die in bestimmten Branchen wie der Hotellerie, dem Gastgewerbe oder dem Kulturbereich tätig sind, und das Ausbleiben regelmäßiger Einnahmen nicht lange überleben können. Aber auch ein Zusammenbruch des marktwirtschaftlichen Gesamtsystems ist für den Fall zu befürchten, dass zu viele Unternehmen der mittelständischen Industrie aufgrund einer geringen Eigenkapitaldecke Insolvenz anmelden müssen. Die enge Verflechtung der industriellen Produktion und die langen Lieferketten erhöhen in Krisenzeiten die Risiken für das Gesamtsystem, da Ausfälle an einer Stelle entsprechende Wirkungen in nahezu allen anderen Bereichen nach sich ziehen. Zudem erinnert die Stellungnahme an das Schicksal vieler Menschen, die aufgrund der Krise ihren Arbeitsplatz verlieren oder – besonders auch in prekären Lebensverhältnissen – dauerhaft auf Kurzarbeit umstellen müssen.

Die Dimension der genannten Schäden in den unterschiedlichen Lebensbereichen zwingt nach Ansicht des DER dazu, die Erforderlichkeit und Angemessenheit der ergriffenen Maßnahmen ständig zu überprüfen. Wenn das Ziel des *Lockdowns*, eine mögliche Überlastung des Gesundheits-

systems abzuwenden, erreicht ist und die Reduplikationsrate, also die Zahl der Infizierten, die einen anderen Menschen ansteckt, dauerhaft unter 1 liegt, ist eine Aufrechterhaltung der Maßnahmen nicht mehr gerechtfertigt. „Wenn und soweit dieser Zustand erreicht wird, ist der schrittweise und epidemiologisch evaluierte Abbau der Restriktionen nicht nur möglich, sondern geboten.“ (S. 6) Für die Zeit nach der Überwindung der Krise, wenn wirksame Medikamente und verträgliche Impfstoffe vorliegen werden, gibt der Ethikrat schließlich Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitswesens und dem Ausbau von Testkapazitäten zur Diagnostik, die dafür sorgen sollen, dass man im Falle der Wiederholung ähnlicher Pandemien in Zukunft besser gerüstet sein wird. Viele der anfangs in Deutschland schmerzlich vermissten Maßnahmen waren an sich in den Notfallplänen vorgesehen, die von den zuständigen Ministerien regelmäßig überarbeitet werden sollen, aber im politischen Normalbetrieb oft vernachlässigt werden und auch in der Öffentlichkeit nur wenig Aufmerksamkeit finden.

Beiläufig erwähnt die Stellungnahme, dass die verfügbten Einschränkungen des sozialen Lebens verschiedene Altersgruppen in unterschiedlichem Maße treffen und somit auch Fragen der Generationengerechtigkeit aufwerfen. Jüngere Menschen oder solche, die eine Infektion bereits überstanden und dadurch (wahrscheinlich) eine persönliche Immunität aufgebaut haben, mögen vielleicht geneigt sein, für sich höhere Risiken zu akzeptieren, da sie sich selbst als weniger gefährdet einschätzen. Dies kann sogar bei Angehörigen von Hochrisikogruppen der Fall sein, die persönlich ein höheres Risiko in Kauf zu nehmen gewillt sind, und deshalb die vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen zugunsten einer größeren Freizügigkeit durchbrechen möchten. Gegenüber solchen persönlichen Erwägungen ruft der DER in Erinnerung, dass die eigenen Entscheidungen und die eigene Lebensführung erhebliche Auswirkungen auf die Entscheidungen und die Lebensführung anderer Menschen haben. Dies gilt besonders in Krisenzeiten, in denen keine eingespielten Verhaltensmuster verfügbar sind, sondern vom einzelnen die Bereitschaft gefordert ist, Einschränkungen auch dann verantwortlich mitzutragen, wenn sie nicht von allen eingesehen werden. Dies gilt auch für die Solidarität zwischen den Generationen, wenn in einer Gefährdungslage die persönliche Betroffenheit durch potenzielle Risiken umgekehrt verteilt ist. Die Angehörigen der älteren Generation, zu deren Schutz Kinder und Jugendliche in Zeiten der Corona-Krise überproportional und ungefragt herangezogen werden, können darin einen gerechten Ausgleich für die Aufbauleistungen sehen, durch die sie in den vergangenen Jahrzehnten den derzeitigen Wohlstand geschaffen haben. Sie werden aber schon bald Gelegenheit bekommen, auch

ihrerseits aus Solidarität mit den Jüngeren Einschränkungen ihres Lebensstils hinzunehmen – spätestens, wenn es in der Umwelt- und Klimapolitik darum geht, künftige Entwicklungen abzumildern, von denen sie zu ihren Lebzeiten nicht mehr betroffen sein werden.

Literatur

- Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc-Empfehlung, Berlin 2020, in: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> [28.05.2020].
- Heinemann, Thomas/Proft, Ingo et al.: Covid-19. Ethische Empfehlungen über Beginn und Fortführung einer intensiv-medizinischen Behandlung bei nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten, Vallendar 2020, in: https://www.pthv.de/fileadmin/user_upload/ALTE_ORDNER/PDF_Theo/Ethik-Institut/%C3%96ffentlichkeitsarbeit/Stellungnahme_Covid-19_Heinemann_Proft.pdf [28.05.2020].
- Rönnau, Thomas/Wegner, Kilian: Grundwissen – Strafrecht: Triage, in *IuS* 5 (2020) 403–407, insbes. 405f.

Rationalisierung vor Rationierung – Therapieentscheidungen und medizinischer Ressourceneinsatz in der Covid-19-Pandemie.

Kommentar zur Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie

Andreas Valentin

1. Vorbemerkung

Die Covid-19-Pandemie wirkt wie ein Scheinwerfer. Im gleißenden Licht der Pandemie treten Stärken und Schwächen unserer Gesellschaft ebenso hervor wie soziale, kulturelle und wirtschaftspolitische Fragestellungen. In der alles verändernden Krise sind in besonderer Weise Priorisierungen erforderlich, die auf dem Abwägen von Risiko und Nutzen, der Reflexion von Folgen und einem meist nicht explizit ausgeführten Wertekatalog beruhen. Dies trifft auch auf Fragen zu, die regelhaft bei medizinischen Entscheidungsfindungen relevant sind. Doch plötzlich erfasst der Kegel des Scheinwerfers nicht nur die individuelle Situation, sondern in mindestens gleichem Maß das potentiell unbegrenzte Kollektiv aller denkbaren Patienten. Die in etlichen Staaten sichtbar gewordene, katastrophale Überforderung des Gesundheitswesens durch die Pandemie wird sehr rasch zur dringenden Warnung, sich nicht nur mit Fragen der Organisation des Gesundheitswesens auseinanderzusetzen, sondern möglichst auch Regeln zum Umgang mit knappen oder absehbar fehlenden Ressourcen zu schaffen. Zu Recht fordern jene, die täglich im medizinischen Arbeitsumfeld mit den Folgen der Pandemie konfrontiert sind, Handlungsanleitungen, Empfehlungen und Richtlinien für notwendige medizinische Entscheidungen, deren Komplexität sich durch die Mangelverwaltung in der Pandemie noch verstärkt hat.

Besondere Bedeutung gewinnt die kurz skizzierte Entwicklung in der Intensivmedizin. Hier kulminiert der Anspruch in der Pandemie möglichst viele Leben zu retten im Dilemma einer befürchteten oder tatsächlich eingetretenen und in vielen Regionen der Welt zunehmend tragisch werdenden Katastrophe aufgrund fehlender Ressourcen.

Von der Österreichischen Bioethikkommission wurde diese Problemstellung in einer Stellungnahme zu Ressourcen und Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie bearbeitet. Im Folgenden wird diese Stellungnahme zusammengefasst, kommentiert und mit anderen deutschsprachigen Beiträgen ähnlicher Ethik-Gremien verglichen. Der Autor des vorliegenden Beitrags ist Intensivmediziner und Mitglied der Österreichischen Bioethikkommission, der vorliegende Beitrag ist als individueller Kommentar zu betrachten.

2. Die Stellungnahme der Bioethikkommission

Nachdem die Covid-19-Pandemie im Nachbarland Italien zu einer dramatischen Überforderung des Gesundheitswesens geführt hatte und zu diesem Zeitpunkt nicht absehbar war, ob ähnliche Auswirkungen auch für Österreich zu befürchten sind, wurde von der Österreichischen Bioethikkommission Ende März 2020 ein Statement zu ethischen Grundlagen im Umgang mit knappen Ressourcen im Gesundheitswesen publiziert (Österreichische Bioethikkommission 2020). Zu diesem Zeitpunkt waren reguläre Sitzungen der Bioethikkommission nicht mehr möglich, die Erstellung und Beschlussfassung des Dokuments erfolgte ausschließlich auf elektronischem Weg. Der Fokus des Dokuments liegt auf der Frage nach der Vermeidung oder Minimierung dilemmatischer Situationen besonders an Intensivstationen, sowie auf der Zielsetzung, möglichst konkrete Situationen und entsprechende Handlungsoptionen für den Fall eines trotzdem eingetretenen und gravierenden Ressourcenmangels darzustellen.

2.1 Ethische Grundlagen

Eine kurze Darstellung der ethischen Grundlagen wird mit dem Hinweis auf eine Erweiterung der üblicherweise auf das Individuum konzentrierten medizinischen Perspektive begonnen. Die Aufmerksamkeit ist nun nicht mehr alleine auf das individuelle Wohl eines Patienten gerichtet, sondern muss Überlegungen zur kollektiven Bewältigung der Pandemie mit einbeziehen. Diese explizite Einbeziehung der Verantwortung für das Kollektiv würde letztlich auch dem Individuum zu Gute kommen, nachdem anzunehmen wäre, dass ein Zusammenbruch des Gesundheitswesens die medizinische Versorgung für jede betroffene Person massiv beeinträchtigen oder gänzlich verunmöglichen würde.

Die Beachtung der medizinethischen Prinzipien von Autonomie, Benefizienz, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit soll in der Realisierung der Pflicht zur Erkundung des Patientenwillen, zur Minimierung von Risiken und Belastungen und möglichen Schäden, der Pflicht auch unter erschwerten Bedingungen die jeweils bestmögliche Versorgung sicher zu stellen, sowie der Pflicht zu fairen Entscheidungen, auch unter den Einschränkungen eines Ressourcenmangels gewährleistet werden.

Schließlich wird noch auf die, auch in Zeiten einer Pandemie, gültigen Werte und Normen der Verfassung und der Grundrechte (wie etwa in Artikel 2 und 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention) verwiesen.

2.2 Die Vermeidung dilemmatischer Entscheidungssituationen

Ein wesentlicher Schwerpunkt des Statements der Bioethikkommission bezieht sich auf die Vermeidung von Extremsituationen, die zu Fragestellungen im Sinne eines ethischen Dilemmas führen könnten. Konkret geht es um die Frage, wie Ressourcen bestmöglich genutzt werden können, um Triage-Entscheidungen wie in Katastrophenszenarien vermeiden zu können. Hier werden zwei wesentliche Verantwortungsebenen dargestellt. Zunächst die klinische Ebene, auf der es notwendig ist, realistische Therapieziele und eine daraus resultierende sorgsame Indikationsstellung unter Beachtung des Patientenwillens zu gewährleisten.

Als zweite Verantwortungsebene wird die Gesellschaft als Ganzes angesprochen. Darunter fallen allgemeine Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Pandemie-Eingrenzung ebenso wie die individuelle Verantwortung, zum Abflachen der Infektionskurve beizutragen.

2.3 Bewältigung dilemmatischer Entscheidungssituationen

Unter dilemmatischer Entscheidungssituation wird in der Stellungnahme der Bioethikkommission eine Situation verstanden, in der nicht mehr alle Patienten, die eine akute Behandlung benötigen würden, ausreichend versorgt werden können. Im Kontext der Covid-19-Pandemie ist im Besonderen der Mangel an intensivmedizinischer Versorgung und Ressourcen zur Beatmung angesprochen. In der Stellungnahme werden zwei Szenarien dargestellt, die sich insofern unterscheiden, als in Szenario eins eine höhere Zahl an Patienten als freie intensivmedizinische Behandlungsplätze vorliegt und in Szenario zwei alle intensivmedizinischen Behandlungsplätze

belegt sind, während weitere Patienten diese Ressource benötigen. Die Optionen zur Entschärfung dieses Dilemmas beziehen sich auf die Frage nach einem Behandlungsverzicht oder einer Behandlungsrücknahme bei Erfüllung eines der drei folgenden Kriterien: a) eine Stabilisierung ist auch ohne Intensivtherapie möglich, b) der bekannte Patientenwille schließt eine Intensivtherapie aus, c) eine Intensivtherapie ist aufgrund der fehlenden Prognose nicht (oder nicht mehr) indiziert.

Falls es nicht gelingt, die dilemmatische Situation wie beschrieben zu entschärfen, wird eine Triage-Entscheidung erforderlich.

2.4 Triage

Einleitend wird in diesem Kapitel des Statements der Bioethikkommission das ethische Dilemma einer Triage-Situation dargestellt. Es liegt im Wesen einer Triage-Entscheidung, dass Patienten unter den Bedingungen eines extremen Ressourcenmangels eine bestimmte Behandlung nicht erhalten, auch wenn sie potentiell davon profitieren könnten. Dieser Verzicht auf eine bestimmte Behandlung oder die Beendigung einer solchen erfolgt „stets mit dem in Kauf genommenen Risiko, dass die betroffene Person krankheitsbedingt stirbt“ (Österreichische Bioethikkommission 2020, 11). Entscheidungen dieser Art stoßen an die Grenzen ethischer und rechtlicher Argumentation, auch wenn die Zielsetzung darin besteht, in einer absoluten Ressourcenknappheit so viele Menschen wie möglich zu retten. Für diese Zielsetzung benötigt es Orientierungspunkte oder anders ausgedrückt Kriterien für die Triage. Das Statement der Bioethikkommission verweist dazu auf die Prognose einer betroffenen Person, konkret die kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit. Als gleichwertig wird das Kriterium einer drohenden „chronisch kritischen Erkrankung“ mit einer irreversiblen Abhängigkeit von intensivmedizinischen Maßnahmen gesehen, die im Falle massiv eingeschränkter Ressourcen von besonderer Bedeutung wäre. Selbstverständlich muss die Prognoseerstellung so objektiv wie möglich erfolgen, dazu wird auf etablierte Instrumente in der Intensivmedizin verwiesen. Ausdrücklich werden jedoch die Heranziehung von Kriterien wie dem kalendarischen Lebensalter oder einer von Dritten beurteilten Lebensqualität als nicht legitim eingestuft. Gleiches gilt für den sozialen Status oder die persönliche Beziehung zu Entscheidungsträgern.

Mit Verweis auf die moralische Belastung in dieser Entscheidungsfindung wird empfohlen, die „Entscheidungslast auf mehrere Schultern zu verteilen“ (Österreichische Bioethikkommission 2020, 13) und etwa Unterstützung durch eine klinische Ethikberatung oder andere kollegiale Bera-

tungen in Anspruch zu nehmen. Abschließend wird nochmals hervorgehoben, dass Entscheidungen dieser Art von einer rechtsethischen und rechtlichen Perspektive nicht gerechtfertigt werden können. Dieses Dilemma sei für Ärztinnen und Ärzte, die solche Entscheidungen treffen müssen, nur über die Anerkennung eines entschuldigenden Notstands (siehe z.B. § 10 Strafgesetzbuch) durch Gesellschaft und Rechtsgemeinschaft bewältigbar.

3. Kommentar

Dem Statement der Bioethikkommission liegt neben grundsätzlichen ethischen Überlegungen ein pragmatischer Zugang zugrunde, der darauf ausgerichtet ist, das drohende Dilemma von Triage-Situationen möglichst abzuwenden und im Falle der doch eintretenden Katastrophe begründbare Handlungsoptionen darzustellen. Zur „Prophylaxe“ einer dilemmatischen Situation wird im Wesentlichen auf allgemein gültige Richtlinien zur Therapieentscheidung referenziert, gleichzeitig aber darauf verwiesen, dass die Verantwortung zur Vermeidung einer katastrophalen Situation nicht nur bei der Medizin, sondern bei der Gesellschaft und jedem einzelnen ihrer Mitglieder liegt. Auf der medizinischen Ebene gilt der Grundsatz „Rationalisierung vor Rationierung“ in der Prävention, während in der allenfalls doch eingetretenen Triage-Situation das Thema „Rationierung“ auf Basis von begründbaren und transparenten Priorisierungen im Vordergrund steht. Zur Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin werden im Folgenden einige Erläuterungen ausgeführt.

3.1 Prävention einer Triage-Situation

Die Grundsätze für Therapieentscheidungen in der Intensivmedizin gelten unverändert auch während der Pandemie. Die Beachtung dieser Grundsätze und somit die Vermeidung unverhältnismäßiger Maßnahmen wird im Statement der Bioethikkommission als wesentliche Basis der Sicherstellung ausreichender Ressourcen gesehen. Für Entscheidungen zur Intensivtherapie sind die ethischen Grundprinzipien des Respekts vor der Autonomie und Würde des Patienten, des Handelns zum Wohle des Patienten, der vorrangigen Vermeidung einer Schädigung, sowie der Gerechtigkeit im Umgang mit den verfügbaren Mitteln als wesentlich anzuführen.

3.1.1 Indikation und Patientenwille

Auch unter den Bedingungen einer Pandemie gilt das Vorliegen einer Indikation und die Zustimmung des betroffenen Patienten als zwingende Voraussetzung für jede medizinische Therapie. Ohne medizinische Indikation (die plausible Prognose der Erreichung eines bestimmten Therapieziels mit einer therapeutischen Maßnahme) ist eine Therapie nicht zulässig, auch nicht dann, wenn ein Patient dies ausdrücklich wünschen würde. Anders ausgedrückt, es gibt kein Recht auf nicht begründbare medizinische Maßnahmen. Jeder Patient hat aber in Beachtung des Autonomieprinzips das Recht, eine eigentlich indizierte Therapie abzulehnen, auch wenn dies aus medizinischer Perspektive völlig unsinnig erscheinen würde.

3.1.2 Das chronologische Alter ist nicht entscheidend

Das Alter eines Intensivpatienten sagt noch nicht allzu viel über seine Prognose. Die Frage nach dem Alter sollte zugunsten einer Betrachtung des medizinischen Gesamtzustandes und der Einschätzung der Perspektive eines Patienten in den Hintergrund rücken. Die bedeutendste Determinante ist der funktionelle Status des Patienten vor einer intensivmedizinischen Behandlung (Flaatten et al. 2017; Heyland et al. 2015; Zampieri et al. 2018). Im besten Sinne des Wortes liegt es in der ärztlichen Verantwortung nach umfassender Entscheidungsfindung, einschließlich der Klärung des tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillens, zum Wohl des Patienten zu handeln und gerade bei Menschen in einem fortgeschrittenen Lebensalter die Begrenztheit menschlichen Lebens nicht als medizinisches Versagen aufzufassen. Dies bedeutet nicht den Ausschluss betagter Menschen von intensivmedizinischer Behandlung, aber eine individuelle und sorgfältige Abwägung der Situation (Valentin 2017). In einem Papier der Schweizerischen Medizinischen Akademie der Wissenschaften heißt es zur Nutzen-Risiko-Analyse intensivmedizinischer Behandlungen von hochbetagten Patienten:

Klar ist, dass ab dem 30. Altersjahr in allen Organen mit eingeschränkter oder fehlender Teilungsfähigkeit der Zellen (Hirn, Herz, Lunge, Niere) ein schleichender Verlust an Gewebemasse und Funktion eintritt. Unter normalen Bedingungen genügen die Reserven, um eine altersadäquate Funktion der Organe bis ins hohe Alter sicherzustellen. Bei Krankheit und großen oder komplexen Interventionen kann die

Kompensationsfähigkeit der Organe jedoch erheblich reduziert sein, sodass auch ein primär erfolgreicher Eingriff bei einem präinterventionell scheinbar Gesunden infolge einer Organdekompensation nicht überlebt wird. Erschwerend kommt dazu, dass alte Menschen in deutlich über 50 Prozent der Fälle relevante Komorbiditäten haben, welche die Prognose negativ beeinflussen (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2013).

Für den Beginn oder die Fortführung einer intensivmedizinischen Therapie ist unabhängig vom Alter stets eine sorgfältige Analyse der individuellen Prognose eines Patienten erforderlich, dies gilt in Zeiten einer Pandemie ebenso wie unter normalen Bedingungen im Gesundheitswesen.

3.1.3 Das pure Überleben ist nicht das alleinige Ziel der Intensivmedizin

Mit der Entwicklung der Intensivmedizin ist es möglich geworden, Vitalfunktionen zu stabilisieren und aufrecht zu erhalten, auch wenn die langfristige Überlebenswahrscheinlichkeit äußerst gering ist oder mit schwersten Funktionseinschränkungen bis hin zum irreversiblen Koma verbunden ist. Eine intensivmedizinisch zu behandelnde Erkrankung kann, über die Frage des puren Überlebens hinaus, schwerwiegende und nachhaltige Folgen nach sich ziehen. Besonders massiv betroffen sind Patienten, deren Zustand als chronische kritische Erkrankung bezeichnet wird. Diese Patienten sind auch nach der eigentlichen intensivmedizinischen Behandlung von intensivmedizinischen Maßnahmen und einer entsprechenden Pflegeintensität abhängig (z. B. Langzeitbeatmung, anhaltendes Koma, etc.). Eine alleinige Fokussierung auf das Überleben vernachlässigt wesentliche Aspekte menschlicher Existenz. Der Mensch als ein sich seiner selbst bewusstes und soziales Wesen ist mehr als die Summe physiologischer Funktionen. Die Aufrechterhaltung von Lebensfunktionen ist zwar die Grundlage für eine weitere Lebensperspektive, aber nicht die eigentliche Lebensperspektive. Daraus ergeben sich für die Intensivmedizin zwei wesentliche Fragestellungen: Erstens, das Überleben zu sichern kann mit intensivmedizinischen Maßnahmen machbar sein, aber ist es auch immer sinnvoll? Zweitens, was kann die Intensivmedizin dazu beitragen, über das pure Überleben hinaus auch eine Lebensperspektive aufrecht zu erhalten? Nun ist der Begriff „Lebensperspektive“ nicht nur vielschichtig, sondern beinhaltet auch eine subjektive Komponente. Trotzdem tritt im Kontext einer Pandemie eine weitere „nicht-subjektive“ Ebene hinzu. Konkret die Frage nach einem Ressourceneinsatz bei jenen Patienten, die auf eine sehr

lange Zeit, voraussichtlich aber lebenslang, von intensivmedizinischen Maßnahmen abhängig bleiben werden. Im Statement der Bioethikkommission wird im Hinblick auf die einer Indikationsstellung zugrunde liegenden Einschätzung des Risikos einer chronisch kritischen Erkrankung folgendes ausgeführt: „Jenseits der Betrachtung der individuellen Lebensperspektive ist dieser Aspekt der Prognose im Hinblick auf die massiv eingeschränkten Ressourcen einer Katastrophensituation von besonderer Bedeutung“ (Österreichische Bioethikkommission 2020, 12).

3.1.4 Vermeidung unverhältnismäßiger Therapie

Eine unverhältnismäßige Therapie erfolgt, sobald die Belastungen einer medizinischen Maßnahme den Nutzen für einen Patienten deutlich übersteigen. Dies ist jedenfalls zutreffend, wenn durch die Therapie das angestrebte Therapieziel nicht erreicht werden kann, aber auch wenn die durch eine Therapie erreichbare Lebensqualität/Lebensperspektive die Belastungen während der Behandlung aus Patientensicht nicht rechtfertigt (Neitzke et al. 2016). Im Grunde ist diese Betrachtung ein Spiegelbild des Themas Indikation und Patientenwille. Dennoch tritt aber auch eine Dimension hinzu, die über die individuelle Perspektive hinausgeht – der gerechte und faire Einsatz von Ressourcen. Folgerichtig wird im Statement der Bioethikkommission gerade diese Betrachtung als ein wesentlicher Aspekt im Versuch einer Vermeidung oder Entschärfung einer dilemmatischen Situation angeführt (siehe dazu oben, Abschnitt 2.3).

3.2 Triage bei fehlenden medizinischen Ressourcen

Wie die Bioethikkommission in Ihrem Statement ausführt, stellt eine Triage-Situation ein im Grunde nicht lösbares Dilemma dar. Die Festlegung von potentiell zu behandelnden Patienten folgt nicht mehr der Antwort auf die Frage nach einer erhaltenen Prognose, sondern einer, im Vergleich zu anderen Patienten, jeweils besseren Prognose. Es geht also beispielsweise nicht um eine prinzipiell erhaltene Überlebenswahrscheinlichkeit, sondern um die, im Vergleich zu anderen Patienten, höhere Wahrscheinlichkeit, die kritische Erkrankung mit Hilfe der Intensivmedizin zu überleben. Hier unterscheidet sich die Entscheidungsfindung ganz grundsätzlich von jener in Zeiten ohne katastrophalen Ressourcenmangel. Der Unterschied liegt in der Rückstufung der Anforderung eines potentiell in-

dividuellen Nutzens gegenüber der im Vordergrund stehenden Anforderung des möglichst effizienten Einsatzes knapper Ressourcen, zu Gunsten eines Benefits für möglichst viele Patienten. Für diese Entscheidungsfindung sind im Besonderen nachvollziehbare Kriterien erforderlich.

3.2.1 Ansprüche an eine Triage

Wie der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme ausführt, sollten Triage-Entscheidungen „nach wohlüberlegten, begründeten, transparenten und möglichst einheitlich angewandten Kriterien geschehen“ (Deutscher Ethikrat 2020, 4). Im Kontext der Covid-19-Pandemie wurden solche Kriterien im deutschen Sprachraum von verschiedenen Gremien publiziert. In der Erstellung solcher Kriterien müssen inklusiv alle Gruppen berücksichtigt werden, die von den daraus resultierenden Entscheidungen betroffen sind (z.B. alle potentiellen Intensivpatienten, nicht nur jene mit Covid-19-Infektion), sowie die rezent vorhandene medizinische Evidenz einbezogen sein, die gegebenenfalls bei neuer Datenlage zu einer Aktualisierung der Kriterien führen muss.

3.2.2 Maßgebliche Kriterien der Triage im Kontext der Covid-19-Pandemie

Die derzeit vorliegenden Empfehlungen deutschsprachiger Gremien sehen es als grundlegende Zielsetzung in der Triage-Situation, so viele Menschenleben wie möglich zu retten (Österreichische Bioethikkommission 2020; Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin 2020; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020). Während in den angeführten Dokumenten Übereinstimmung im Hinblick auf das prognostische Kriterium der kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit und im Wesentlichen auch der Bedeutung des funktionalen Status (Komorbiditäten, Frailty) besteht, finden sich geringe Unterschiede in der Bewertung des Alters. Obwohl die angeführten Gremien auch darin übereinstimmen, Alter per se als nicht zulässiges Kriterium zu definieren, weicht die Empfehlung der Schweizerischen Akademie der Wissenschaften in einem Detail davon ab. Wenn keine Intensivbetten mehr verfügbar sind, wird ein Alter von über 85 Jahren als explizites „Nicht-Aufnahmekriterium“ angeführt (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020, 5). Die Bedeutung des Patienten-

willens mit der vorrangigen Frage, ob eine Behandlung überhaupt gewünscht wäre, wird in den angeführten Dokumenten in gleicher Weise hervorgehoben und steht, neben der medizinischen Indikation, am Beginn des jeweiligen Entscheidungsprozesses. Die Empfehlung der Österreichischen Bioethikkommission weist als einziges Dokument auf das Kriterium der Einschätzung des Risikos einer chronisch kritischen Erkrankung hin (siehe dazu oben, Abschnitt 3.1.3).

Im Hinblick auf Triage-Entscheidungen zur Beendigung einer bereits begonnenen intensivmedizinischen Behandlung werden konkrete Orientierungspunkte vor allem in den Dokumenten der Fachgremien dargestellt (Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin 2020; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020; Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020). Dazu zählen etwa das Scheitern eines Behandlungsversuches mit zuvor festgelegten Kriterien oder ein unter Behandlung fortschreitendes Multiorganversagen (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020).

3.2.3 *Moral Distress und Rechtssicherheit*

Ohne Zweifel stellen dilemmatische Entscheidungssituationen eine massive psychische Belastung für die Behandlungsteams und alle an der Entscheidung beteiligten Personen dar (Truog et al. 2020). Die Problematik einer fehlenden Rechtssicherheit tritt für die entscheidenden Personen verschärfend hinzu. Es verwundert daher nicht, dass der Begriff *Moral Distress* und damit verbundene Folgen (wie z. B. Burnout) in diesen Situationen eine besondere und ausgeprägte Konkretisierung erfährt. Auch diese Problematik weist nicht nur eine individuelle, sondern auch eine die medizinische und pflegerische Versorgung betreffende Ebene auf. Die massiven Herausforderungen in einer Pandemie mit Triage-Entscheidungen sind nur durch Teams mit einer hohen Resilienz zu bewältigen, andernfalls droht der Ausfall von Gesundheitspersonal und damit eine weitere Verschärfung der Ressourcenknappheit. Die Österreichische Bioethikkommission nimmt im letzten Abschnitt ihres Statements darauf Bezug und empfiehlt daher Formen einer kollektiven Entscheidungsfindung wie auch die Zuhilfenahme von unterstützenden Einrichtungen wie einer klinischen Ethikberatung. Ergänzend muss jedoch auch auf die notwendige Erhaltung der Handlungsfähigkeit an Intensivstationen verwiesen werden. Dazu hält die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften fest: „Die Intensivstation muss allerdings jederzeit rasch und eigenständig da-

rüber entscheiden können, wer auf die Intensivstation aufgenommen und wer verlegt wird“ (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2020, 7).

Zur Frage der Rechtssicherheit von Entscheidungen, die mit gültigen Rechtsnormen nicht gerechtfertigt werden können, verweist die Österreichische Bioethikkommission auf einen von der Gesellschaft und Rechtsgemeinschaft anzuerkennenden entschuldigenden Notstand (Österreichische Bioethikkommission 2020). Der Deutsche Ethikrat gibt zur Frage der Rechtssicherheit den Hinweis, dass unter den Voraussetzungen einer ethisch begründeten, transparenten und den fachgesellschaftlichen Kriterien folgenden Entscheidung, mit der entschuldigenden Nachsicht der Rechtsordnung zu rechnen sei (Deutscher Ethikrat 2020). Dazu ist wohl anzumerken, dass diese Statements zwar eine wertvolle Unterstützung für jene Ärztinnen und Ärzte bedeuten, die in der Katastrophensituation Entscheidungen treffen werden müssen, jedoch das Dilemma der fehlenden Rechtssicherheit nicht auflösen können.

4. Fazit

Die Stellungnahme der Österreichischen Bioethikkommission stellt vor allem für intensivmedizinische Entscheidungen im Kontext der Covid-19-Pandemie eine wertvolle Orientierungshilfe dar. In der Beschreibung möglicher Eskalationsstufen des Ressourcenmangels in einer Pandemie-Situation liegt ein wesentlicher Fokus auf der Frage, wie das kaum auflösbare Dilemma von Triage-Entscheidungen vermieden werden kann. Zusammengefasst lautet die Antwort darauf, indem die Prinzipien einer sorgfältiger Indikationsstellung, Patientenbenefit und Patientenwille und nicht alleine am technisch Machbaren ausgerichteten Medizin, konsequent angewendet werden. Gleichzeitig ist aber auch die Gesellschaft in die Verantwortung zu nehmen, die nicht zuletzt mit der Befolgung der Maßnahmen der Infektionsprophylaxe ihren Beitrag leisten muss. Falls Triage-Entscheidungen trotzdem unvermeidbar wären, zeigt die Stellungnahme dafür notwendige Kriterien auf. Weiters weist die Bioethikkommission auf die gesellschaftliche Verpflichtung hin, für diese auch rechtlich dilemmatischen Situationen einen entschuldigenden Notstand für die entscheidenden Ärztinnen und Ärzte anzuerkennen. Im Vergleich aktuell publizierter deutschsprachiger Empfehlungen zur (vor allem intensivmedizinischen) Ressourcenallokation während der Covid-19-Pandemie ist eine hohe Übereinstimmung in grundsätzlichen Fragestellungen vorhanden.

Literatur

- Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise, in: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> [06.06.2020].
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin: Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie, in: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file> [06.06.2020].
- Flaatten, H./De Lange, D. W./Morandi, A. et al.: The impact of frailty on ICU and 30-day mortality and the level of care in very elderly patients (≥ 80 years), in: *Intensive Care Medicine* 43 (2017) 1820–1828.
- Heyland, D. K./Garland, A./Bagshaw, S.M. et al.: Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study, in: *Intensive Care Medicine* 41 (2015) 1911–1920.
- Neitzke, G./Burchardi, H./Duttge, G. et al.: Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin (Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin), in: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 111 (2016) 486–492.
- Österreichische Bioethikkommission: Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie, in: https://www.bundestkanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/2004_02_Covid_Bioethik.pdf [06.06.2020].
- Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin: ICU-Triage im Falle von Ressourcen-Mangel – Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie, in: https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/gari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.3.2020.pdf [06.06.2020].
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Intensivmedizinische Massnahmen, in: https://www.samw.ch/dam/jcr:48fab1c2-3a14-4bdb-b881-8e60979c1b47/richtlinien_samw_intensivmedizinische_massnahmen.pdf [06.06.2020].
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Covid-19-Pandemie: Triage von intensivmedizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit, in: https://www.samw.ch/dam/jcr:4c30e233-6357-4b1a-98fa-27323db77ccc/richtlinie_n_v2_samw_triage_intensivmedizinische_massnahmen_ressourcenknappheit_20200324.pdf [06.06.2020].
- Valentin, A.: Intensivmedizin im Alter – die individuelle Situation ist entscheidend, in: *Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin* 112 (2017) 303–307.
- Truog, R.D./Mitchell, C./Daley, G.Q.: The Toughest Triage – Allocating Ventilators in a Pandemic, in: *New England Journal of Medicine* 382/21 (2020) 1973–1975.

Zampieri, F. G./Iwashyna, T. J./Viglianti, E. M. et al.: Association of frailty with short-term outcomes, organ support and resource use in critically ill patients, in: *Intensive Care Medicine*, 44 (2018) 1512–1520.

Covid-19: Verlautbarungen der Schweizer Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin

Nadine Brühwiler, Simone Romagnoli, Jean-Daniel Strub

1. Die „außerordentliche Lage“ in der Schweiz

In der Schweiz setzte der Bundesrat am 16. März 2020 die „außerordentliche Lage“ in Kraft. Zu normalen Zeiten ist die Landesregierung im föderalistisch organisierten Schweizer Staatswesen in Gesundheitsbelangen mit vergleichsweise geringen Kompetenzen ausgestattet. Die Hoheit liegt hier bei den Kantonen, und tatsächlich variierte deren Umgang mit der Bedrohung durch das neue Coronavirus bis Mitte März beträchtlich. Dies auch deshalb, weil die einzelnen Landesteile – nicht nur zu Beginn, sondern während der gesamten coronabedingten Ausnahmesituation – in sehr unterschiedlichem Ausmaß von Covid-19 betroffen waren. Unter den Gegebenheiten der „außerordentlichen Lage“, die – gestützt auf die noch sehr junge gesetzliche Grundlage des Bundesgesetzes „über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen“ (dem Epidemiegesetz vom 28. September 2012) – erstmals überhaupt zur Anwendung kam, konnte der Bundesrat nun jedoch weitreichende Maßnahmen für die ganze Schweiz beschließen. Ein „Lockdown“, vergleichbar mit den ungefähr zeitgleich beschlossenen Maßnahmen ihrer deutschsprachigen Nachbarländer, war damit auch in der Schweiz Tatsache. Zu den Maßnahmen gehörten unter anderem ein Versammlungsverbot, die sofortige Schließung der meisten Läden und aller Schulen, das Aufgebot der Armee zur Unterstützung der kantonalen Behörden (namentlich im Gesundheitsbereich), ein Aufschub aller nicht lebensnotwendiger Eingriffe und Behandlungen in Spitälern sowie ein Besuchs-, Kontakt- und Ausgangsverbot in Institutionen der Langzeitpflege wie Alters- und Pflegeheimen sowie Einrichtungen für Menschen mit Behinderung.

Ein erster Fokus der medizinethischen Aufmerksamkeit galt auch hierzulande der Frage nach dem Umgang mit den begrenzten Ressourcen – Bettenkapazität, Beatmungsgeräte, Personal – in der Intensivmedizin. Dies nicht zuletzt unter dem Eindruck der bedrückenden Berichte und Bilder, die von der allmählichen Überlastung des Gesundheitswesens in der Lombardei und im Elsass zeugten. Beides sind Regionen, die unmittelbar an

die Schweiz grenzen. Entsprechend veröffentlichte die dafür zuständige Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) gemeinsam mit der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin bereits am 20. März 2020 Richtlinien zur Triage auf Intensivstationen.¹ Die SAMW präzierte damit ihre Richtlinien zur Intensivmedizin aus dem Jahr 2013 und löste eine rege Debatte über die in Anschlag gebrachten Kriterien aus.

2. Rolle und Arbeitsweise der Nationalen Ethikkommission

Anders als die Zentrale Ethikkommission der SAMW ist die Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) nicht direkt für ethische Belange in der Praxis der Akteure in Medizin und Gesundheitswesen zuständig. Sie nimmt vielmehr eine politikberatende Funktion wahr, indem sie Stellungnahmen zuhanden der Regierung, des Parlaments und der Öffentlichkeit formuliert. Wie die Kommission auf ihrer Website festhält, besteht ihr Auftrag darin, „über den medizinischen Forschungsstand zu informieren, die sozialen Möglichkeiten und ethischen Probleme der Biotechnologien im humanmedizinischen Bereich zu erkennen und zu einer umfassenden ethischen Urteilsbildung beizutragen“. Sie ist ein unabhängiges Expertinnen- und Expertengremium, das aktuelle ethische Fragestellungen umfassend analysiert und dabei Kontroversen darüber, „was ethisch vertretbar oder moralisch zu verantworten ist“, aufbereitet und für die gesamte Öffentlichkeit zugänglich kommuniziert.² Die Kommission tritt üblicherweise zu zehn Sitzungen jährlich zusammen. Sowohl die Präsidentin als auch die 14 weiteren Mitglieder der Kommission üben ihre Funktion in der Tradition des schweizerischen ‘Milizsystems’ in einem Nebenamt aus, das über Sitzungsgelder in einem kleinen Rahmen entschädigt wird. Die zwei Mitarbeitenden der Geschäftsstelle der Kommission teilen sich gesamthaft 120 Stellenprozente.³

Die Kommission definiert die von ihr bearbeiteten Fragestellungen in den meisten Fällen selbst. Regelmäßig richten aber auch der Bundesrat oder einzelne Verwaltungsstellen konkrete Anfragen an das Gremium. Die

1 Die Richtlinien der SAMW sind abrufbar unter: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>.

2 Vgl. für alle Zitate <https://www.nek-cne.admin.ch/de/ueber-uns/auftrag/>.

3 Alle Informationen zu Zusammensetzung und behandelten Themen der Kommission sind abrufbar unter: <https://www.nek-cne.admin.ch/de/ueber-uns/kommission/mitglieder/>.

NEK-CNE pflegt eine Arbeitsweise, die eine zeitintensive Auseinandersetzung mit ihren Diskussionsgegenständen voraussetzt, und Wert auf den Austausch mit zusätzlichen kommissionsexternen Expertinnen und Experten auf dem jeweiligen Fachgebiet legt. Dementsprechend widmet sich die Kommission ihren Themen oft während mehrerer Monate.

3. Drei Stellungnahmen der NEK-CNE während der Corona-Pandemie

Zu den Themenbereichen, mit denen sich die Kommission im Austausch mit den zuständigen Bundesbehörden bereits verschiedentlich befasst hat, gehören ethische Fragen rund um die Vorbereitung auf eine Pandemie. Für den vom schweizerischen Bundesamt für Gesundheit verantworteten „Influenza-Pandemieplan Schweiz“ erarbeitete die Kommission 2006 das Kapitel zu den ethischen Fragen. Dieses wurde zuletzt 2018, ebenfalls mit maßgeblichen Beiträgen der Kommission, aktualisiert.⁴

Trotz dieser vorgängigen Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten einer Pandemie stellte die hohe zeitliche Dringlichkeit, mit der das Coronavirus ethische Fragen auf den Plan rief, auch für die NEK-CNE eine große Herausforderung dar. Nicht nur war es der Kommission unmöglich, sich physisch zu treffen und ihre Meinung im gewohnten Rahmen zu bilden. Es galt auch, in jeweils kurzer Frist auf Themen zu reagieren, die sich aufgrund der Pandemie-Situation aufdrängten und die teils von außen an die Kommission herangetragen wurden. Die Kommission hat sich folglich zwischen dem 27. März und dem 8. Mai 2020 in drei Fällen zu aktuellen Fragen im Kontext der Pandemie geäußert. Die drei Positionsbezüge werden im Folgenden in knapper Form dargestellt.

3.1 Solidarität im Zentrum

Anlässlich ihrer Sitzung vom 26. März 2020 erarbeitete die NEK-CNE eine Medienmitteilung, in der sie sich allgemein zu einigen ethisch relevanten Aspekten der eingetretenen Situation äußerte.⁵ Die Tage, in denen diese

4 Vgl. dazu <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-uebertragbare-krankheiten/pandemieplan-2018.html>.

5 Vgl. Medienmitteilung der NEK-CNE zur Corona-Pandemie vom 27. März 2020, in: <https://www.nek-cne.admin.ch/de/ueber-uns/news/news-details/corona-pandemie/>.

Verlautbarung erschien, waren gekennzeichnet vom Höchststand der täglichen Neuinfektionen und der Ungewissheit darüber, ob die drastischen Maßnahmen des Lockdowns ausreichen würden, um die Ansteckungsrate zu bremsen und die Überlastung des Gesundheitswesens abzuwenden. Zugleich wurden allmählich erste Folgeprobleme sozialer Isolation, mangelnder Bewegung und wirtschaftlicher Einschränkungen öffentlich thematisiert – so etwa die Sorge vor einer Zunahme häuslicher Gewalt sowie psychischer und somatischer Erkrankungen bei Personen in Quarantäne. Vor diesem Hintergrund betont die NEK-CNE in ihrer Verlautbarung, dass es zwischen dem Schutz der Gesundheit und den Langzeitfolgen, die mit den getroffenen Maßnahmen und den damit verbundenen wirtschaftlichen Schäden einhergehen und auch gesundheitlicher Natur sein können, sorgfältig abzuwägen gelte – insbesondere auch, da die Langzeitfolgen namentlich die Schwächsten der Gesellschaft treffen könnten. In Anbetracht dieser Abwägung fordert die Kommission in ihrer Verlautbarung die Bevölkerung auf, den von den Behörden angeordneten Maßnahmen Folge zu leisten. Dies betreffe in erster Linie die Empfehlung des Bundesrats, wenn immer möglich zu Hause zu bleiben und soziale Nahkontakte zu reduzieren. „Sie mitzutragen“, so die NEK-CNE, „ist von zentraler Bedeutung, um die Risikogruppen, die am stärksten von Covid-19-Erkrankungen betroffen sind, zu schützen.“⁶ Die Einhaltung der angeordneten Maßnahmen könne „die Verbreitung des Virus verlangsamen und der Überlastung des Gesundheitswesens mit all ihren dramatischen Auswirkungen auf den Zugang zu überlebensnotwendigen Behandlungen und den massiven Zumutungen für das Gesundheitspersonal entgegenwirken.“ Diese Einschränkungen mitzutragen sei aber auch deshalb ethisch gefordert, weil nur so weitergehende Freiheitsbeschränkungen wie eine – damals noch zur Diskussion stehende – allgemeine Ausgangssperre abgewendet und bereits ergriffene Maßnahmen zeitlich so kurz wie möglich gehalten werden könnten. Auf ihre Ausführungen im Pandemieplan beziehungsweise hielt die NEK-CNE fest, dass in der aktuellen Situation aus ethischer Sicht Lebensschutz, Gerechtigkeit, Freiheit, Verantwortung und Solidarität im Zentrum stünden. Wesentlich, so die Kommission weiter, seien „zudem die Verhältnismässigkeit der eingesetzten Mittel sowie die Wahrung des Vertrauens der Bevölkerung in staatliche Institutionen durch bestmögliche Informationen und stichhaltige Begründungen von freiheitsbeschränkenden Massnahmen.“

6 Alle Zitate in diesem Abschnitt entstammen der oben erwähnten Medienmitteilung der NEK-CNE vom 27. März 2020 (vgl. FN 5).

Mehrfach ruft die Kommission im Rahmen der Stellungnahme das Prinzip der Solidarität in Erinnerung und rückt dieses ins Zentrum der Überlegungen: So sehr das Prinzip der Solidarität die spontane Reaktion auf die Pandemie präge, so sehr gelte es zu beachten, dass es alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen in die Pflicht nehme. Daran anschließend würdigt die Kommission die „ausserordentlichen Leistungen, welche alle Fachpersonen im Gesundheits- und Pflegebereich sowie zahlreiche weitere Berufsgruppen etwa im Lebensmittelhandel, der Reinigung, dem Journalismus und auf Seiten des Militärs täglich erbringen“, und dankt diesen Berufsgruppen dafür, dass sie die mit ihrer Tätigkeit verbundenen Risiken und erschwerten Bedingungen auf sich nehmen. Diese Anerkennung müsse „die gesellschaftliche und insbesondere politische Bereitschaft mit einschliessen, nach überstandener Pandemie der Systemrelevanz der Gesundheitsberufe und der Bedeutung der Care-Arbeit vermehrt Rechnung zu tragen.“ Das betreffe insbesondere Arbeitsbedingungen und Ressourcenausstattung der betroffenen Berufe und Institutionen, womit speziell auch die Anstellungs- und Lohnbedingungen in den Pflegeberufen gemeint sind.

3.2 Digitales Contact Tracing aus ethischer Sicht

Bereits ab Februar 2020 kam in der Schweiz dem Contact Tracing große Aufmerksamkeit zu. Contact Tracing bezeichnet das Bestreben, die Kontakte von Personen zu verfolgen, die sich mit dem Coronavirus infiziert haben. Diese Rückverfolgung der Kontakte fällt in die Zuständigkeit der Kantone. Viele von ihnen bemühten sich in den Tagen, in denen die Fallzahlen stark anstiegen, nach Kräften darum, die Infektionsketten mittels Anrufen bei positiv getesteten Personen im Blick zu behalten und sie durch die Anordnung sowie die Kontrolle von Quarantäne-Maßnahmen zu durchbrechen. Überall auf der Welt galt das Contact Tracing von Beginn an als eine zentrale Maßnahme, um die Ausbreitung des Coronavirus zu bekämpfen und einem Wiederaufflammen der Pandemie entgegenzutreten, wenn die erste Welle ausreichend gedrückt werden konnte. Freilich zeigte sich in der Schweiz schnell, dass die Ressourcen zur Verfolgung von Kontakten infizierter Personen mit analogen Mitteln nicht ausreichen würden. Während das analoge Contact Tracing von den Kantonen demnach schon in den ersten März-Wochen ausgesetzt wurde, rückte eine Smartphone-basierte App in den Blick, die es erlauben soll, Personen zu identifizieren, die Kontakt zu einer mit dem Coronavirus infizierten Person hatten, um sie über das Risiko einer möglichen Ansteckung zu informieren. Die Frage, ob und in welcher Form die Schweizer Bundesbehör-

den die Entwicklung einer solchen App vorantreiben und deren Einsatz erlauben sollen, führte rasch zu kontroversen Diskussionen. Diese drehten sich etwa um Fragen des Datenschutzes, der Privatsphäre, der Verhältnismäßigkeit und der Freiwilligkeit, befassten sich aber auch generell mit dem Umgang mit Technologie als Mittel der Pandemiebekämpfung. Diese Debatte spielte sich in der Schweiz wie anderswo stets auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen ab, die speziell in asiatischen Staaten wie Taiwan, Singapur, China oder Südkorea mit Applikationen gemacht wurden, die meist erheblich stärker in die Privatsphäre der Nutzenden eingriffen, als es in den diskutierten europäischen Modellen der Fall war.

3.2.1 *Anfrage der Bundesbehörden an die NEK-CNE*

Am 24. März 2020 trat das für die öffentliche Gesundheit zuständige Eidgenössische Departement des Innern mit einer Reihe von Fragen an die NEK-CNE heran und forderte sie auf, aus ethischer und rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob für das Contact Tracing auch digitale Applikationen genutzt werden dürfen. Rasch wurde dabei deutlich, dass den Antworten der Kommission für den Positionsbezug der Regierung zum digitalen Contact Tracing eine bedeutende Rolle zukommen wird. Zu den an sie gerichteten Fragen gehörten unter anderem solche danach, ob für ein effizientes und wirksames digitales Contact Tracing auch – oder primär – auf Mobilitätsdaten der Einwohnerinnen und Einwohner zugegriffen werden dürfe oder ob zur Auswertung von Bewegungsdaten auf die Nutzung elektronischer Hilfsmittel zu verzichten sei. Weiter wurde gefragt, nach welchen Grundsätzen und unter Beachtung welcher Rahmenbedingungen eine allfällige Nutzung von Mobilitätsdaten erfolgen sollte und ob eine App, die von den Nutzenden freiwillig gespiesen und verwendet würde, sinnvoll und vertretbar sei. Schließlich wurde die Kommission auch gefragt, ob Echtzeitdaten anders zu behandeln seien als Daten der Vergangenheit, wie lange solche Daten aufbewahrt werden dürften und ob eine staatliche einer privaten Lösung vorzuziehen sei.

In ihrer Sitzung vom 26. März 2020 beschloss die Kommission, auf die Anfrage einzugehen, und einigte sich auf ein Vorgehen, das ihr erlaubte, die sehr kurze Antwortfrist – die Stellungnahme der Kommission musste bereits am 6. April vorliegen – einzuhalten. Sie setzte eine Arbeitsgruppe ein, die einen Textentwurf erarbeitete, und diskutierte diesen Entwurf in einer online abgehaltenen Sitzung mit kommissionsexternen Expertinnen und Experten unter anderem aus den Bereichen Epidemiologie, Systemdesign, Informationstechnologie und Informationssysteme, Datensicherheit

und Datenschutz sowie Ethik. Eine Kurzfassung mit den wichtigsten Positionen der Kommission konnte dem Bundesamt bereits am 3. April zugestellt werden. Die ausführliche und öffentlich zugängliche Stellungnahme der NEK-CNE wurde am 6. April per Zirkularbeschluss verabschiedet und publiziert. Diese Verlautbarung der Kommission fand breiten Widerhall in der einsetzenden öffentlichen Diskussion – nicht zuletzt wurde sie auch von den Bundesbehörden regelmäßig zitiert, wenn über die inzwischen eingeführte App, deren technische Rahmenbedingungen sowie die ethischen und rechtlichen Anforderungen an die Applikation informiert wurde.

3.2.2 Keine grundsätzlichen ethischen Einwände gegen das digitale Contact Tracing

In ihrer Stellungnahme⁷ kommt die NEK-CNE zum Schluss, dass dem digitalen Contact Tracing keine grundsätzlichen ethischen Erwägungen entgegenstehen. Voraussetzung sei aber, dass strikte Bedingungen hinsichtlich der Fragen, wie die App konzipiert ist, welche Daten sie nutzt, wo diese aufbewahrt werden und wie über die App kommuniziert wird, einzuhalten sind. Digitale Kontaktverfolgung könne, so die Kommission, einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass Übertragungsketten unterbrochen werden könnten. Sie berühre aber wichtige Interessen und Rechtsgüter des Individuums – insbesondere dessen Privatsphäre – und sei deshalb aus ethischer Sicht an Bedingungen zu knüpfen, die sich namentlich aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ergeben.

Die Kommission weist in ihrer Stellungnahme nachdrücklich darauf hin, dass nicht nur jede Form des digitalen Contact Tracings individuelle Interessen gefährden könne – auch die im Rahmen des Lockdown angeordneten Maßnahmen, wie das Versammlungsverbot oder das Nutzungsverbot öffentlicher Räume, schränkten persönliche Freiheiten der Bürgerinnen und Bürger empfindlich ein und zeitigten erhebliche Folgeprobleme sozialer und ökonomischer Art mit teils gravierenden Auswirkungen auf die individuellen Lebenssituationen. Vor diesem Hintergrund sei das digitale Contact Tracing auch als Maßnahme, die zur Wahrung individueller Rechtsgüter beitragen könne, etwa indem sie Bewegungsfreiheit

7 Die Stellungnahme der NEK-CNE zum digitalen Contact Tracing ist abrufbar unter: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-stellungnahme-Contact_Tracing.pdf.

oder die Ausübung wirtschaftlicher Tätigkeiten (wieder) ermöglichen würde, zu diskutieren.

3.2.3 *Verhältnismäßigkeit und Freiwilligkeit im Zentrum*

Im Zentrum der Überlegungen steht für die Kommission der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Verhältnismäßigkeit, so hält die NEK-CNE fest, verlange, dass „mit der Massnahme tatsächlich der Schutz hochrangiger Güter verfolgt wird, und die Massnahme dafür geeignet, erforderlich und zumutbar ist. Je stärker sie direkt darauf abzielt eine erwiesene, ernsthafte und unmittelbare Gefahr abzuwenden, desto eher ist sie gerechtfertigt.“⁸ Freilich könne eine Maßnahme auch dann unverhältnismäßig sein, wenn sie so wenig einschränkend wie möglich ausgestaltet ist. Dies sei der Fall, wenn die Eingriffe im Verhältnis zur beabsichtigten Wirkung zu groß sind. Die Verhältnismäßigkeit, so schließt die Kommission, „muss daher stets im konkreten Kontext, in dem die Massnahme eingesetzt wird, beurteilt werden.“ Weil Verhältnismäßigkeit die Nutzung jener Maßnahmen, die mit dem geringsten Eingriff in individuelle Güter und Rechte einhergehen, verlange, dürfe eine entsprechende Maßnahme zudem zeitlich nicht unbegrenzt zum Einsatz kommen. Vielmehr „sollte eine Massnahme wie das digitale Contact Tracing im Sinne der Verhältnismässigkeit lediglich für den kürzest möglichen Zeitraum ergriffen werden, der zur Erreichung des Ziels erforderlich ist. Dies bedeutet, dass die Dauer, für die eine Massnahme verfügt wird, im Voraus festgelegt und in regelmässigen Abständen überprüft werden muss.“

Ausgehend vom zentralen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit hält die Kommission in ihrer Stellungnahme Bedingungen für ein ethisch gerechtfertigtes digitales Contact Tracing fest. Angesichts der Tatsache, dass das digitale Contact Tracing wichtige Rechtsgüter und Interessen des Individuums tangiert, insistiert sie besonders auf die Forderung, dass die Nutzung einer Tracing-App freiwillig sein müsse⁹ – ein inzwischen vom Parlament gesetzlich festgeschriebener Grundsatz, der teils auch heftigen Wider-

8 Die Zitate in diesem Abschnitt sind, sofern nicht anders gekennzeichnet, der Stellungnahme der NEK-CNE vom 6. April 2020 entnommen (vgl. FN 7).

9 Vgl. zur Frage der Freiwilligkeit auch den Gastkommentar „Digitales Contact Tracing und das Problem der Freiwilligkeit“ von Kommissionspräsidentin Andrea Bächler und Jean-Daniel Strub in der Neuen Zürcher Zeitung vom 5. Mai 2020, in: <https://www.nzz.ch/meinung/digitales-contact-tracing-und-das-problem-der-freiwilligkeit-ld.1554445>.

spruch erfuhr. Gemäß dem Grundsatz der informationellen Selbstbestimmung obliegt es dem Individuum zu entscheiden, wofür seine Daten genutzt werden dürfen. Mit diesem Prinzip und mit einem eigenverantwortlichen Ansatz, der das gegenseitige Vertrauen zwischen Bevölkerung und Behörden nicht untergräbt, ist nur die Freiwilligkeit der Nutzung vereinbar. Deshalb müssten diejenigen, die zur Nutzung der Methode bereit sind, dies „ohne äusseren Druck und im vollen Wissen um den möglichen Nutzen und die Implikationen tun können.“ Die Alternative, nämlich eine behördlich verordnete Nutzung des digitalen Contact Tracings, könne nicht gerechtfertigt werden: Eine solche Teilnahmepflicht würde

„nicht nur zu stark in gewisse Rechtsgüter eingreifen, sondern den Bürgerinnen und Bürgern auch eine falsche Sicherheit vermitteln. Das wiederum könnte zu leichtsinnigem Verhalten führen und dadurch insgesamt kontraproduktiv wirken. Zudem wäre die Durchsetzung einer Teilnahmepflicht aufwändig und für die kontrollierten Personen relativ einschneidend. Nicht zuletzt untergräbt eine Mitwirkungspflicht tendenziell das Vertrauen der Bürgerinnen und Bürger in die anordnenden staatlichen Stellen und läuft dem Solidaritätsgedanken zuwider.“

Im Sinne des Prinzips der Freiwilligkeit müsse der Nutzung einer Tracing-App daher umfassend informiert und ohne äußeren Druck zugestimmt werden können.

3.2.4 Einbettung in Gesamtstrategie

Wie die Kommission festhält, ergibt sich aus dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit auch die Forderung, dass digitales Contact Tracing nur als Teil einer breit angelegten und diverse Instrumente nutzenden Strategie zur Bekämpfung der Pandemie in Betracht kommen kann. Zu diesen Instrumenten gehören gemäß NEK-CNE insbesondere ein möglichst umfassendes Testen wie auch das Contact Tracing mit analogen Mitteln. Werde das digitale Contact Tracing genutzt, so müsse vor der Einführung der Maßnahme geklärt sein, wie es in die Gesamtstrategie eingebettet werden wird. Nach Meinung der Kommission sei zu jeder Zeit eine „transparente, umfassende und regelmässige Kommunikation gegenüber der Bevölkerung über Ziele, Funktionsweise, Nutzen und Grenzen des digitalen Con-

tact Tracing von zentraler Bedeutung“¹⁰, damit sich diese im erforderlichen Sinn informiert für oder gegen die Nutzung der Maßnahme entscheiden könnte. Wichtig sei es auch, die Maßnahme zeitlich zu begrenzen und eine genügende Aufsicht bzw. demokratische Kontrolle der verwendeten digitalen Ressourcen zu gewährleisten. Dazu gehöre, dass der sogenannte Quellcode der App öffentlich zugänglich sei. Ebenfalls sei anzustreben, dass die Umsetzung der App international koordiniert werde, damit das Contact Tracing auch im Hinblick auf die Wiederaufnahme des grenzüberschreitenden Verkehrs zur Anwendung kommen könne. Schließlich hebt die Kommission hervor, dass mit dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nur eine Aufzeichnung von Kontakten in anonymisierter Form vereinbar sei. Demgegenüber sei ein Rückgriff auf Echtzeitdaten zur Lokalisierung infektiöser Personen nicht zulässig.

In der Schweiz kann seit Juni 2020 eine Smartphone-App genutzt werden, die das digitale Contact Tracing gemäß dem Konzept des „D3PT“ als Proximity Tracing umsetzt. Die Anwendung ist unter dem Namen „Swiss-Covid“ verfügbar.¹¹ Sie ist Bluetooth-basiert und hält ausschließlich in anonymisierter Form fest, mit welchen anderen Geräten das Smartphone der Nutzerin bzw. des Nutzers relevanten Kontakt hatte (maßgeblich ist eine Zeitspanne von mindestens 15 Minuten und ein Abstand von weniger als zwei Metern). Gibt eine positiv getestete Person den Code, der ihr zusammen mit dem positiven Testresultat ausgehändigt wird, in die App ein, erfolgt eine Warnung an alle Geräte, die gemäß den erwähnten Kriterien nahen Kontakt mit dem Gerät der infizierten Person hatten. Alle Informationen verbleiben dabei auf dem jeweiligen Gerät, und ein Rückschluss auf die positiv getestete Person ist anhand der mitgeteilten Information nicht möglich. Es besteht die Absicht, dass sich eine so vor einer Übertragung gewarnte Person in Isolation begeben und sich selbst einem Test unterziehen kann. Die App wurde wesentlich von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern von Schweizer Hochschulen (ETH Zürich und EPF Lausanne) entwickelt und in internationalen Konsortien konzipiert. Zum Einsatz gelangte sie etwas später als ursprünglich geplant: Kurz nachdem das nationale Parlament seine Tätigkeit Anfang Mai wieder aufgenommen hat-

10 Vgl. dazu die Medienmitteilung der Kommission vom 9. April 2020 zur Veröffentlichung der Stellungnahme: <https://www.nek-cne.admin.ch/de/publikationen/medienmitteilungen/>.

11 Vgl. dazu <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international/datenschutzerklaerung-nutzungsbedingungen.html> sowie <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-05-06-2020.html>.

te, verlangte dieses nämlich den Erlass einer gesetzlichen Grundlage für die App, die namentlich den Grundsatz der Freiwilligkeit auch rechtlich verankern sollte. Obschon sie sich auf den Standpunkt stellte, dass die rechtliche Grundlage im Epidemien-gesetz gegeben sei, legte die Regierung eine entsprechende Ergänzung dieses Gesetzes vor, die Anfang Juni vom Parlament gebilligt wurde. Die demokratische Legitimation der Maßnahme wurde dadurch zweifellos gestärkt – zugleich verschob sich die Einführung in eine Zeit, in der die Rate der Neuansteckungen mit dem Coronavirus über mehrere Wochen auf sehr tiefem Niveau verharrte. Ob und in welcher Form das digitale Contact Tracing einen Beitrag zur Eindämmung der Pandemie und/oder zur Verhinderung einer ‘zweiten Welle’ leistet, lässt sich daher zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Beitrags nicht einschätzen.

3.3 Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege

In einer dritten Stellungnahme äußerte sich die Kommission zum Umgang der Institutionen der Langzeitpflege – insbesondere Alters- und Pflegeheime sowie Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit Behinderung – mit den Maßnahmen, die zum Schutz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner angeordnet worden waren.¹² Auch diese Stellungnahme erarbeitete die Kommission in kurzer Frist auf dem Zirkularweg und damit, in Anbetracht der gegebenen Aktualität, in Abweichung zu ihrer üblichen Arbeitsweise. Grundlage der Diskussion bildete dabei ein Textentwurf, der von einer Gruppe von Kommissionsmitgliedern vorbereitet worden war.

Hintergrund der Stellungnahme der NEK-CNE war die Tatsache, dass sich die öffentliche Aufmerksamkeit im Verlauf der Corona-Pandemie, nach dem ursprünglichen Fokus auf die Akutspitäler und die dort drohende Knappheitssituation in der Intensivpflege, zusehends auf die Situation in den Institutionen der Langzeitpflege verlagerte. Dies deshalb, weil die Maßnahmen, die von diesen Institutionen zum Schutz ihrer Bewohnerinnen und Bewohner ergriffen worden waren, mit massiven Einschränkungen von Grundrechten und Freiheiten einhergingen: Im Zuge der konkreten Umsetzung der ‘außerordentlichen Lage’ hatten die Kantone teilweise stark unterschiedliche Weisungen zum Schutz der Bewohnerinnen und

12 Die Stellungnahme ist abrufbar unter: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK_Stellungnahme_Schutz_der_Persoenlichkeit_in_Institutionen_der_Langzeitpflege_-_final.pdf.

Bewohner und ihrer Angehörigen sowie des Personals erlassen. Zumeist hatten diese aber ein generelles Ausgehverbot und Einschränkungen des Kontakts mit nahestehenden Personen (Angehörigen, gesetzlichen Vertretungspersonen, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde) zum Gegenstand. Die NEK-CNE setzt sich in ihrer Stellungnahme mit den Auswirkungen dieser Einschränkungen auseinander und empfiehlt den Institutionen Maßnahmen, die den Schutz der Rechte ihrer Bewohnerinnen und Bewohner zu gewährleisten vermögen. Zwar hebt die Kommission hervor, dass die Kantone zum Veröffentlichungszeitpunkt der Verlautbarung – dem 8. Mai 2020 – bereits Lockerungen der getroffenen Maßnahmen in Kraft gesetzt oder sie zumindest beschlossen hatten. So wurde beispielsweise mancherorts eine Besuchsregelung eingeführt. Nach Meinung der Kommission behielten die von ihr diskutierten Fragen betreffend die Zweckdienlichkeit, die Verhältnismäßigkeit und die Konsequenzen eines Besuchs- und Ausgehverbots aufgrund der ungewissen weiteren Entwicklung des Verlaufs der Corona-Pandemie und der daher nicht auszuschließenden Notwendigkeit neuerlicher Verschärfungen ihre Aktualität. Sie bezeichnet in ihrer Stellungnahme die Aufhebung des Besuchsverbots als dringlich und begrüßt explizit die bereits umgesetzten oder vorgesehenen Schritte der involvierten Behörden und Institutionen hin zur Wahrung der Rechtsgüter der Betroffenen und zur Respektierung des Prinzips der Verhältnismäßigkeit.

Nach Ansicht der Kommission wurden die Regeln zum Schutz der Gesundheit aller Beteiligten in den Institutionen der Langzeitpflege im Zuge der Pandemie so sehr verschärft, dass den Bewohnerinnen und Bewohnern vielfach „in Bezug auf massgebliche persönliche Entscheidungen die Selbstbestimmung abgesprochen“¹³ worden sei. So wirke sich die Verunmöglichung freier körperlicher Bewegung und das Verbot sozialer Kontakte negativ auf das Wohlbefinden und die körperliche sowie geistige Gesundheit der Betroffenen aus. Entsprechend tangierten die Verbote, so die NEK-CNE, „nicht nur den Anspruch auf die Achtung des Privat- und Familienlebens, sondern auch das Recht auf ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität“. Nötig sei nicht nur der Zugang zu urteilsunfähigen Personen für deren Vertretungspersonen, sondern auch die Möglichkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner, mitzuentcheiden, wie viel Risiko sie selbst durch die Wahrnehmung sozialer

13 Vgl. für die folgenden Zitate die Medienmitteilung der Kommission vom 8. Mai 2020, in: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Medienmitteilungen/de/Medienmitteilung_NEK_Corona-Pandemie_II_DE_final.pdf.

Kontakte einzugehen bereit seien. Nach Ansicht der Kommission gehe es darum, kreative Lösungen zu finden, „um einerseits den bestmöglichen Infektionsschutz zu bieten, andererseits aber Grundrechte zu gewährleisten“.

Konkret empfiehlt die NEK-CNE zum Schutz der Persönlichkeitsrechte der Bewohnerinnen und Bewohner von Institutionen der Langzeitpflege, dass Angehörige in die Betreuung und Pflege der Betroffenen einzubeziehen seien, und die Bewohnerinnen und Bewohner sowie ihre (rechtlichen) Vertretungspersonen transparent über vorgesehene Maßnahmen und ihre Rechte informiert werden müssten. Auch hält die Kommission fest, dass die gesundheitliche Vorausplanung im Sinne des *Advance Care Planning* eine wichtige Ressource darstelle, um die Persönlichkeitsrechte von Menschen bestmöglich zu wahren. Diese Vorgehensweise soll konsequent institutionalisiert werden. Weiter ist die NEK-CNE der Ansicht, dass individuelle Maßnahmen nachvollziehbar zu dokumentieren seien und im Hinblick auf ihre Verhältnismäßigkeit regelmäßig zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen seien. Schließlich müsse auch das Personal breit gestützt werden und gewährleistet sein, dass seinen Schutzbedürfnissen Rechnung getragen ist.

4. Ausblick

Die Corona-Pandemie rief auch in der Schweiz viele ethische Fragen auf den Plan, die zu einer breiten öffentlichen Debatte und zahlreichen Positionsbezügen auf mannigfachen Kanälen geführt haben. Namentlich standen dabei die Triage-Problematik, das digitale Contact Tracing und die Situation in den Institutionen der Langzeitpflege im Fokus. Die NEK-CNE konnte sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten zu den meisten dieser Fragestellungen positionieren und eine gewisse Resonanz auf ihre Stellungnahmen erzeugen. Manche Themen bedürfen freilich einer längerfristigen Betrachtung, die erst mit einem gewissen Abstand zu den akuten Ereignissen erfolgen kann. Ob und in welcher Form sich die NEK-CNE rückblickend noch einmal zu ethischen Brennpunkten der Pandemie-Situation, zur Rezeption ihrer Empfehlungen, und zu ethisch bedeutsamen Erkenntnissen aus den Wochen der ‚außerordentlichen Lage‘ äußern wird, wird sich noch weisen müssen.

Literatur

- Büchler, Andrea/Strub, Jean-Daniel: Digitales Contact-Tracing und das Problem der Freiwilligkeit (NZZ vom 05.05.2020), in: <https://www.nzz.ch/meinung/digitales-contact-tracing-und-das-problem-der-freiwilligkeit-ld.1554445> [31.05.2020].
- Bundesamt für Gesundheit BAG: Influenza-Pandemieplan Schweiz 2018, in: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/broschueren/publikationen-uebertragbare-krankheiten/pandemieplan-2018.html> [31.05.2020].
- Bundesamt für Gesundheit BAG: Neues Coronavirus: Fokus auf Contact Tracing, Kampagnenfarbe Blau, in: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/aktuell/news/news-05-06-2020.html> [08.06.2020].
- Bundesamt für Gesundheit BAG: Swiss Covid App: Datenschutzerklärung & Nutzungsbedingungen, in: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/situation-schweiz-und-international/datenschutzerklaerung-nutzungsbedingungen.html> [08.06.2020].
- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK: Contact Tracing als Instrument der Pandemiebekämpfung, in: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-stellungnahme-Contact_Tracing.pdf [31.05.2020].
- Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin NEK: Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege, in: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK_Stellungnahme_Schutz_der_Persoenlichkeit_in_Institutionen_der_Langzeitpflege_-_final.pdf [31.05.2020].
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW): Intensivmedizin: Triage bei Engpässen, in: <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html> [31.05.2020].

SARS-CoV-2-Pandemie – medizinische Entscheidungshilfe wegen der Gefahr drohender Ressourcenknappheit

Franz Ploner

Die COVID-19-Pandemie stellt die nationalen und internationalen Gesundheitssysteme vor immense Herausforderungen. Aufgrund der Geschwindigkeit, mit der das Coronavirus (SARS-CoV-2) sich ausgebreitet hat, ist eine außerordentliche Lage entstanden, die zu einem Massenzustrom von Patienten mit der Erkrankung COVID-19 in die Notaufnahmen, die, insbesondere in den Krankenhäusern des norditalienischen Raumes, durch sogenannte Prä-Triagezelte zur Verhinderung der Ausbreitung von Infektionen in den Kliniken ausgestattet sind, geführt hat.

In den Notaufnahmen, den Intensivstationen und den Abteilungen der Akutkrankenhäuser bestand deshalb die Befürchtung, die Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten und Patientinnen durch die sich anbahnende Ressourcenknappheit einschränken zu müssen und nach einem Triagierungssystem die Verteilung und Prioritätensetzung den veränderten klinischen Bedingungen anpassen zu müssen. Die italienische Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (SIARRTI) hat aus diesem Grund ein Positionspapier unter dem Titel *Klinisch-ethische Empfehlungen für den Einsatz und das Aussetzen intensivmedizinischer Behandlungen unter den außergewöhnlichen Umständen und Bedingungen eines Ungleichgewichts zwischen Bedürfnissen, Nachfrage und Ressourcen* verfasst, das Empfehlungen zum Umgang mit Patienten enthält und angesichts des gravierenden Mangels an medizinischen Ressourcen Zuweisungskriterien beinhaltet, nach welchen die Patienten mit den höchsten Chancen auf therapeutischen Erfolg Zugang zur Intensivmedizin erhalten können.¹ Die Zuweisung der Ressourcen auf den Intensiv- und Subintensivstationen ist eine komplexe und heikle Aufgabe. Die Entscheidungskriterien für die Aufnahme und Entlassung unter diesen ungewöhnlichen Umständen der Ressourcenknappheit muss flexibel sein und sich vor allem an die lokalen Situationen der einzelnen Zentren anpassen. Das 13 Punkte umfassende Strategiepapier des SIARRTI versucht, Empfehlungen zu den einzelnen Aspekten in der Vorgangsweise bei der Betreuung der Patienten in den Notaufnahmen

1 Vgl. SIARRTI: Raccomandazioni di etica.

und den Intensivstationen unter dem Blickwinkel der knappen medizinischen und strukturellen Ressourcen im Rahmen dieser COVID-19-Pandemie zu geben.²

Gerade in den norditalienischen Krankenhäusern bestand die Befürchtung, dass nicht nur eine Rationalisierung der knappen Ressourcen notwendig werden könnte, sondern eine medizinische Rationierung der vorhandenen Mittel eintreten könnte mit der Gefahr, dass nicht mehr alle Patienten die medizinischen Leistungen erhalten würden, die ihnen entsprechend der italienischen Verfassung *diritto alla tutela della salute* zustehen müsste und worauf sie nach dem *principio di uguaglianza e dovere di solidarietà* ein Anrecht hätten. In einer solchen zeitlich begrenzten Ausnahmesituation, die den Zeitraum zwischen Februar und April 2020 umfasste, war es unabdingbar, dass alle Entscheidungen der involvierten Personen nach transparenten Regeln getroffen wurden und auf der Basis medizinethischer und moralischer Aspekte erfolgten. Basis der Entscheidungen bilden die vier weitgehend anerkannten *medizin-ethischen Prinzipien* (Gutes tun, Nichtschaden, Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit), die gerade bei Ressourcenknappheit eine besondere Bedeutung haben.³ Die Abklärung des Patientenwillens, insbesondere bei jenen Personen, die einer Risikogruppe angehören, muss frühzeitig erfolgen. Knappe Ressourcen sollen nicht eingesetzt werden, wenn dies nicht dem Patientenwillen entspricht und ein Widerspruch zu einer vorliegenden Patientenverfügung besteht.

Norditalien wurde mit der größten COVID-19-Epidemie außerhalb Asiens, die mit der ersten nachgewiesenen Infektionskette in Lodi am 21. Februar 2020 begann, überrollt.⁴ Es herrschte, bedingt durch Berichte aus China, die Befürchtung, dass durch die sich anbahnende Epidemie relativ rasch eine Verknappung an Intensivbetten eintreten könnte. In Anbetracht der raschen Ausbreitung der Erkrankung war es notwendig, dass die Krankenhäuser und alle Organisationen im Gesundheitssystem der Region gemeinsam mit den politischen Entscheidungsträgern vorausschauend eine Strategie entwickelten, die eine Überforderung der Gesundheitsstrukturen verhinderte.

Aus diesem Grund wurde als Reaktion auf den COVID-19-Ausbruch in der Region Lombardei und nachfolgend in allen anderen Regionen und Provinzen des Landes Ende Februar und Anfang März 2020 eine *regionale Task Force* für alle Intensivbetten und COVID-Stationen eingerichtet, die

2 Vgl. SIARRTI: Raccomandazioni di etica.

3 Vgl. Carinci, Covid-19.

4 Vgl. Xie et al., Critical care crisis and some recommendations.

die Governance-Richtlinien für die Notfallprozesse, die mit der COVID-19-Erkrankung in Zusammenhang standen, vorgab und die Verteilung der Ressourcen für alle Patienten mit COVID-19-Erkrankung zentral koordinierte. Die Task Force wurde entweder vom Leiter des Notfalldepartements und der Notfallnummer 112 oder dem regionalen Leiter der Intensivstationen geführt; ihnen zur Seite standen die Pflegedirektionen, die ärztlichen Leiter der einzelnen Krankenhäuser, das Management der Sanitätsbetriebe, die Leiter der virologischen Labors, die Leitung der Hygienedienste des Territoriums und der Krankenhäuser sowie ein Bioethiker. Die Task Force hatte primär *zwei Schlüsselaufgaben* zu erledigen:

- a) die Erhöhung der Aufnahmekapazität positiv getesteter und schwer kranker COVID-Patienten in den Krankenhäusern und Intensivstationen durch Ausweisung von sogenannten COVID-Stationen und Aufstockung der Intensivplätze für die kritisch kranken Patienten sowie
- b) die Ausarbeitung eines Konzeptes der strikten Eindämmung und Isolierung positiv getesteter Personen oder Verdachtsfälle.

Mehrere Arbeitsgruppen, die sich mit unterschiedlichen Fragestellungen befassen, arbeiteten entsprechende Empfehlungen für die einzelnen Bereiche aus und stellten diese den einzelnen Fachgruppen vor. Tägliche telemedizinische Life-Schaltungen zwischen der Task-Force-Gruppe und den Fachgruppen in den einzelnen Krankenhäusern erlaubten ein abgestuftes Aufnahmeverfahren der COVID-19-Patienten und die Koordination der freien Intensiv- und Abteilungsbetten nach dem Schweregrad der Erkrankung. Dadurch wurde versucht, die vorhandenen Ressourcen zu bündeln und die Überlastung des Gesundheitssystems so weit als möglich zu verhindern. Das gemeinsame Ziel sowohl der Task Force als auch der Geschäftsführung war es, die Patientenversorgung in diesem Ausnahmezustand zu garantieren und die Krankenhaussicherheit vor Infektionen durch das SARS-CoV-2-Virus zu gewährleisten. Ein wesentliches Ziel bestand zusätzlich darin, die physische und psychische Überbelastung der Mitarbeiter/-innen zu verhindern und ihnen gesundheitliche Sicherheit zu garantieren, um den Zusammenbruch des Gesundheitssystems durch zusätzliche Ausfälle an Mitarbeitern/-innen zu verhindern. Diese Zielvorgabe konnte am Höhepunkt der Pandemie in der Region Lombardei kaum garantiert werden.

Die aktuelle COVID-19-Pandemie ist eine völlig neue Herausforderung für unsere staatlich organisierten Gesundheitssysteme, sodass nicht auf bestehende Erfahrungswerte zurückgegriffen werden kann. Die gewonnenen Erfahrungen und Erlebnisse müssen aufgearbeitet und evaluiert werden, damit diese bei zukünftigen Entscheidungen zur Bewältigung einer sol-

chen Pandemie in die Strategieplanung und die Organisation einfließen können.

Literatur

Carinci, Fabrizio: Covid-19: preparedness, decentralisation and the hunt for patient zero, in: <https://doi.org/10.1126/bmj.m799> [09.06.2020].

SIARRTI: Raccomandazioni di etica per l'ammissione a trattamenti e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, 06.03.2020.

Xie, Jianfeng/Tong, Zhaohui/Guan, Xiangdong/Du, Bin/Qiu, Haibo/Slutsky, Arthur S.: Critical care crisis and some recommendations during the COVID-19 epidemic in China, in: <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05979-7> [09.06.2020].

Corona und die Alten – um wen sorgen wir uns wirklich?

Stefan Dinges

Einleitung

Die chronisch kritischen Rahmenbedingungen und strukturellen Ungerechtigkeiten in der stationären Altenhilfe treten unter den krisenhaften Bedingungen einer Pandemie deutlich zutage. Die Herausgeber dieses Bandes haben sich eine essayistische Kommentierung der Corona-Krise in Bezug auf ihre Auswirkungen in der stationären Altenhilfe gewünscht, und zwar vor dem Hintergrund des pflegeethischen Diskussionspapiers der *Akademie für Ethik in der Medizin* vom 12. Mai 2020¹. Die Form des Essays erlaubt es, einige Thesen zur Diskussion zu stellen und als Grundlage eher auf aktuelle Medienberichte und Stellungnahmen zurückzugreifen denn auf Studien und Literatur. Die skizzenhaften Überlegungen zielen auf vertiefende Reflexionen und weiterführende Themen sowie Begründungen für Lösungsansätze. Dazu hier einige Eingangshypothesen:

- Die Erfahrungen in der stationären Altenhilfe, sowohl mit den Herausforderungen der Pandemiekrise wie mit ihren chronisch fragilen Rahmenbedingungen, brauchen dringend mehr pflegewissenschaftliche und pflegeethische Reflexion und Forschung. Das Medizinsystem hat mit einer Flut von Forschungspublikationen auf das neue Virus reagiert. Jene Auswirkungen, die z. B. Isolation sowie fehlende Berührungen und Besuche auf alte Menschen haben, sind von Seiten der Pflegewissenschaft bereits gut erforscht – und trotzdem fanden diese Studienergebnisse kaum Berücksichtigung in den Entscheidungen und Empfehlungen für die (stationäre) Altenhilfe.
- Die Stärken und Schwächen im Umgang mit der Krise sind bedingt durch eine chronifizierte strukturelle Ungerechtigkeit in der Verteilung der Ressourcen (z. B. Finanzen, Personal, Zeitbudgets, Aufmerksamkeit, gesellschaftliche Mitverantwortung) in den deutschsprachigen Ge-

1 https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf [21.06.2020].

sundheitssystemen. Eine Veränderung hierin wird seit mehr als zehn Jahren gefordert und versprochen – und nicht eingelöst.²

- Aus diesem Misstrauensvorschuss gegenüber der Gesundheitspolitik heraus ist zu überprüfen, ob die vorgegebenen Werte ‚Schutz und Gesundheit der Risikogruppen‘ und ‚Schutz und Sicherheit des Gesundheitssystems‘ wirklich handlungsleitend sind und waren – und welche Wirkung und Erfolg sie erreicht haben.
- Die Corona-Krise ist der Auslöser, nicht die Ursache für die Erfahrungen in der Pflege und in den Altenpflegeeinrichtungen des Frühjahrs 2020 – und verdeutlicht einen dringenden Veränderungsbedarf in den Einrichtungen und im Gesundheitssystem. Gleichzeitig wurde sichtbar, wie schnell kulturelle Errungenschaften in den Gesundheitseinrichtungen (z.B. geteilte Entscheidungsfindung, Ethikberatung, Vorsorgedialog, Palliative Kultur, Sterbebegleitung etc.) in der Krise zur Disposition stehen bzw. nicht durchgehalten werden können.
- Aus der positiven Krisenbewältigung (z.B. mobile Testungen zuhause, Vermeiden von unnötigen Krankenhauseinweisungen, vorausschauende Therapiezielplanungen mit den Patient*innen) lassen sich Konzepte und Bausteine für eine bessere Versorgung alter und hochaltriger Menschen zuhause und in den Pflegeeinrichtungen ableiten: Neben der Notarztversorgung bräuchte es mobile geriatrisch-palliative Dienste (Medizin/Pflege), die ad hoc vor Ort alte Menschen so versorgen können, dass sie zuhause oder im Heim bleiben können.
- Die Gesundheitsberufe, insbesondere die Pflegenden, haben motiviert einen hervorragenden Job in der Krise gemacht – und haben es nicht verdient, dass ihnen die moralische Verantwortung für die ökonomischen Knappheiten und andere Rahmenbedingungen, Konflikte und Fehler angelastet werden, für die im weitesten Sinne die Gesundheitspolitik verantwortlich ist. Doch die Mitarbeiter*innen im Gesundheitswesen nehmen es persönlich und reagieren mit moralischem Stress.³ Das gilt für die Pflegenden ebenso wie für die Mediziner*innen und alle anderen Gesundheitsberufe. Gerade der Umgang mit alten Menschen in der Pandemiekrise wirft Fragen und Wertkonflikte auf, die vordringlich im Gesundheitssystem, in den Organisationen und in der Gesellschaft zu bearbeiten sind. Das Modell der individuellen Verant-

2 Zuletzt suchte in Österreich die parlamentarische Enquete „Würde am Ende des Lebens“ 2014/15 entsprechende Ansätze: https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/fname_386917.pdf [21.06.2020].

3 Vgl. Dinges, Ethikberatung als Prävention; Dinges, Eine Sorge für das Ganze.

wortung⁴ (das von Pflegenden und Ärzt*innen oft thematisiert wird) kommt bei globalen Herausforderungen an seine Grenzen und braucht eine kollektive Ergänzung, um eine Überforderung der Einzelnen zu vermeiden.

1. Einblicke in die Praxis der Gesundheitseinrichtungen

Zu Beginn des Pandemieausbruchs Anfang März 2020, nach der rasanten, eskalierenden Entwicklung der Covid-19-Erkrankungen vor allem im Norden Italiens, lag die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen insbesondere auf den Krankenhäusern und den Beatmungsressourcen der Intensivstationen: Wie und wo sollen die Infizierten ausreichend versorgt werden? Im Fokus waren die Risikogruppen, Menschen in hohem Alter und mit Vorerkrankungen, die es zu schützen und bei Infektion bestmöglich zu versorgen galt. Zu diesem Zeitpunkt war noch nicht klar, wie sich die Altersverteilung der Infizierten und wie sich der Krankheitsverlauf gestalten würde. Die getroffenen Maßnahmen sind bekannt: Der operative Betrieb mit elektiven Eingriffen wurde heruntergefahren, nur noch Notfälle behandelt, sogar OP-Räume wurden als mögliche Beatmungsplätze vorbereitet und die Eingänge in die Krankenhäuser mit strikten Zugangskontrollen versehen. In Wien beispielsweise wurden Spitäler in Covid/Non-Covid aufgeteilt, um Infektionsketten zu vermeiden: Zu bedrohlich und zu traumatisch waren die Fernsehbilder und die Erfahrungsberichte aus Norditalien. Gleichzeitig wurde in den Krankenhäusern und auf Trägerebene darüber nachgedacht, was mit Patient*innen geschehen sollte, die einen benötigten Beatmungsplatz nicht bekommen konnten. Es stellte sich die Frage nach Entscheidungs- und Zuteilungskriterien für eventuell zu knappe Ressourcen. Der Hinweis von medizinischen Fachgesellschaften⁵, dann jedenfalls für angemessene Palliativtherapie und Sterbegleitung zu sorgen, erschien vorschnell und beschrieb gleichzeitig den drohenden Verlauf der Infektion, besonders in den Risikogruppen. Auf in-

4 Als Beispiel die Einigkeit von Medizin und Recht, auf medizinische Einzelentscheidungen und -verantwortung zu fokussieren: <https://www.addendum.org/coronavirus/triage-oesterreich/> [21.06.2020].

5 Für Österreich ÖGAR: <https://www.anaesthesie.news/wp-content/uploads/OEGARI-ICU-Therapy-Guideline-1.pdf> [21.06.2020] und für Deutschland DIVI: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file> [21.06.2020].

ternen Kliniken wurde z. B. darüber nachgedacht, überbrückend eine Maskebeatmung anzubieten, falls ein benötigtes Intensivbett nicht verfügbar wäre. Gleichzeitig wurde in den einzelnen Einrichtungen und auf Trägerebene darum gerungen, wie einerseits Rationierungs- und Triage-Entscheidungen verantwortlich getroffen (durch Intensivkoordinator*innen auf Haus- und Trägerebene) und andererseits wie solche Entscheidungsprozesse fachlich und ethisch transparent und begründet gestaltet werden können (in Form eines Mehr-Augen-Prinzips, interprofessionell, mit Unterstützung von ethischen Beratungsstrukturen).

In den ersten beiden Märzwochen kamen aus Italien und Frankreich neue schlechte Nachrichten:

- Die Sterbezahlen mussten in Norditalien um ca. 30 bis 40 Prozent nach oben korrigiert werden, weil die Sterbefälle in den Pflegeheimen noch nicht aufgenommen waren⁶;
- In Frankreich wurde darüber diskutiert, pauschal Pflegeheimbewohner*innen über 80 Jahren nicht mehr für eine intensive Beatmungstherapie vorzusehen⁷ (auch wenn das nicht als valide Information bestätigt werden konnte);
- In Deutschland⁸ und Österreich wurde berichtet, dass mehr als 30 Prozent der Infektionen in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe stattgefunden hatten und dort auch bis zu 30 Prozent der Sterbefälle zu verzeichnen waren – durch fehlende Tests bislang nur eine Schätzung, da nur vorher positiv getestete Personen als Covid-19-Sterbefall gezählt wurden.

Anfang April 2020 war die Welle von mit Covid-19 infizierten Patient*innen noch nicht eingetroffen und wurde bis Ostern erwartet, um dann gänzlich auszubleiben: Nur 15 bis 25 Prozent der vorbereiteten Ressourcen im Intensivbereich wurden benötigt; auf den Allgemeinstationen von Privatspitälern wurde zeitweise Kurzarbeit⁹ eingeführt, in den Allgemeinspitälern Resturlaub abgebaut. Schon im Rahmen der Triage-Planungen und expliziten Rationierungs- bzw. Priorisierungsmaßnahmen waren die Bewohner*innen der stationären Langzeitpflege besonders in den Blick gera-

6 <https://www.n-tv.de/panorama/Wurden-Italiens-Senioren-im-Stich-gelassen-article21700380.html> [21.06.2020].

7 <https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/im-elsass-werden-alte-corona-patienten-nicht-mehr-beatmet-16698139.html> [21.06.2020].

8 <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-altenheim-tote-1.4884742> [21.06.2020].

9 Nur 30 Prozent Auslastung: <https://tirol.orf.at/stories/3042830/> [21.06.2020].

ten. Ihnen galt die größte Sorge und gleichzeitig wurden sie im Falle einer Pandemiewelle als ein großes Risiko für die Spitäler und für die Gesundheitsversorgung gesehen: Mit Patientenverfügungen, Therapiezielprotokollen und Scores sollte die Aufnahme hochaltriger, multimorbider Menschen bei einem Covid-19-Verdacht in die Krankenhäuser vermieden und diese nach Möglichkeit in den eigenen Einrichtungen versorgt werden.

Dass alte und hochaltrige, multimorbide Menschen zur Hochrisikogruppe mit hohem Infektionsrisiko gehören, hat vielerorts zu strengen, ja rigiden Reaktionen geführt: Einrichtungen der stationären Langzeitpflege verhängten auf behördliche Anordnung oder aus eigenem Antrieb konsequente Besuchs- und Betretungsverbote, sei es für Angehörige oder auch z. B. für mobile Dienste in der Palliativversorgung oder der Physiotherapie etc., die nicht mehr in die Einrichtungen gelassen wurden. In vielen Pflegeeinrichtungen wurden nicht nur alle Besuche unterbunden, sondern auch für die Bewohner*innen de facto eine Ausgangssperre verhängt. Sie durften ihre Zimmer und die Einrichtung nicht verlassen. Den Angehörigen wurde trotz Zusicherung von Sicherheitsvorkehrungen und Schutzmaßnahmen verweigert, die pflegebedürftigen Menschen zu einem kurzen Spaziergang auf dem Gelände an der Tür abzuholen.¹⁰ Wenn Bewohner*innen trotzdem z. B. für einen Arztbesuch die Einrichtung verließen, wurden sie in ihrem Zimmer für 14 Tage unter Quarantäne gestellt.

Durch die Besuchsverbote wurde – nicht nur in End-of-Life-Situationen und in Sterbebegleitungen – eine adäquate Versorgung und Begleitung durch Verwandte und Freunde, aber auch durch mobile Dienste und Ehrenamtliche unterbunden. Für viele Pflegenden und Leitungsverantwortliche stellte das eine Herausforderung, Zerreißprobe und oft auch moralische Belastung dar. Die Unterstützung seitens der Angehörigen und durch Ehrenamtliche in der psychosozialen Begleitung, im Rahmen der Mobilisation durch Spaziergänge, aber auch als Unterstützung bei den Mahlzeiten, war gänzlich weggebrochen. Insbesondere die psychosoziale Begleitung, aber auch der alltägliche Spaziergang konnte von den Pflegenden nur unvollständig kompensiert werden. Die sichtbare Reduktion der Mobilität führte in kürzester Zeit zu körperlichen Einschränkungen, Mobilitätsverlusten, aber auch zu einer Reduktion kognitiver Beweglichkeit. Für die Pflegenden ist die körperliche und geistige Reduktion als Folge der Isolation, insbesondere angesichts ihres professionellen Auftrags, nur schwer

10 Vgl. das Positionspapier der Bundesinteressenvertretung für alte und pflegebetroffene Menschen e.V. (BIVA-Pflegeschutzbund) vom 26.03.2020 unter <https://www.biva.de/positionspapier-besuchsbeschaenkungen-pflegeheim/> [21.06.2020].

auszuhalten – sie fühlen sich für die Verschlechterungen des Allgemeinzustandes verantwortlich, sie fühlen sich (mit)schuldig.

2. *Reflexionsorte in der Covid-19-Krise*

Wo ergaben sich für Medizin- und Organisationsethik Möglichkeiten des Anknüpfens und der Bearbeitung in der Krise? Ein Leitsatz der Krisenkommunikation behauptet ja, in der Krise trägt nur das, was zuvor etabliert und geübt wurde. Hier einige kurze persönliche Einblicke aus der klinischen Praxis:

In einem Krankenhaus eines konfessionellen Trägers wurden die vorhandenen lokalen Ethikstrukturen, ein Klinisches Ethikkomitee (KEK) und lokale Ethikberatung weitgehend ausgesetzt. Die Krisenentscheidungen wurden von der Führung des Hauses bzw. von der Holding getroffen. Prioritär waren die fachlichen Kompetenzen aus Medizin und Pflege gefragt, mit den Infektionen umzugehen bzw. die anderen Gesundheitsberufe dort einzubinden, wo es Behandlung und Versorgung im Alltag notwendig machten: bei Palliativpatient*innen und auf der Geburtsstation. Wichtig war auch, in die Wien-weite Koordination der Intensivressourcen eingebunden zu werden. Die Treffen des KEKs dagegen wurden für ein Vierteljahr ausgesetzt. Eine Vermutung: Die ethischen Herausforderungen und Fragen wurden so gut wie möglich von den Mitarbeiter*innen übernommen und in den erlernten Routinen persönlich bearbeitet; Unterstützung von außen oder durch Ethikkonsile wurde nicht angefragt.

Ganz anders bei einem großen kommunalen Träger, der seit einem halben Jahr in einem Pilotprojekt mit der formalen Etablierung von Klinischer Ethikberatung in einem Krankenhaus begonnen hatte: Hier wurde ein akuter, direkter ethischer Reflexionsprozess in der Weichenstellung für die Krisenbearbeitung angefragt, sowohl auf Ebene lokaler Krisenstäbe im Umgang mit Triage- und Versorgungsentscheidungen wie auch auf Trägerebene in der Beratung effizienter Entscheidungsstrukturen zur Krisenbewältigung. Auf beiden Ebenen wurde ein Bedarf an ethischer Unterstützung ausgemacht: Auf Einrichtungsebene wurde in der klinischen Ethikberatung ein Instrument gesehen, konflikthafte Versorgungsentscheidungen zu begleiten; auf Träger- und Einrichtungsebene wurden interprofessionelle Ethikboards (teilweise aus vorhandenen informellen Ethikzirkeln und Gruppen gebildet) nachgefragt und ad hoc einberufen, mitunter mit noch zu klärenden Aufgaben und Befugnissen.

Inwieweit Strukturen und Ressourcen von Ethikberatung in den Einrichtungen und Diensten der Altenpflege zum Einsatz kamen – so sie

überhaupt existent sind –, ist nicht bekannt. Die Vermutung ist, auch hier mussten die Pflegenden mit ihren Führungsverantwortlichen auf der Mikroebene entscheiden bzw. mit den internen und externen Vorgaben zu-rechtkommen. Ein positives Beispiel stellt z. B. die *Hilfe im Alter* dar, ein Altenhilfeträger der Inneren Mission München. Der trägerweite Ethikbeirat hat gerade eine Stellungnahme zur Coronakrise¹¹ veröffentlicht, die neben guten Gründen für das Vorgehen in den Einrichtungen auch die For-derung nach gesundheitspolitischer Unterstützung veröffentlichte.

Parallel begannen sich die deutschsprachigen Medizinethiker*innen und Ethikberater*innen in wöchentlichen Videokonferenzen zu vernetzen. Der erste Themenschwerpunkt war eine mögliche Triage/Zuteilung der Intensivressourcen im Falle von Knappheit. Schon beim dritten Tref-fen wurde, da die Krise nicht zu den Intensivstationen gelangte, die Situa-tion in den Altenpflegeheimen zum Thema – entzündet an den allgemei-nen Besuchsregelungen in den Krankenhäusern und Heimen. Viele der Be-teiligten suchten schnell und lösungsorientiert nach ‚models of good prac-tice‘, um mit den Vorgaben und Auflagen umzugehen. Vielfach wurden Mut und Flexibilität eingefordert – ganz im aristotelischen Modell der Tu-gendethik –, um die Krise, die Konflikte und Wertverstöße individuell zu bearbeiten.

3. Diskussionspapier und pflegeethische Reflexionen der AEM

Die beiden Arbeitsgruppen „Pflege und Ethik“ der Fachgesellschaft *Akade-mie für Ethik in der Medizin* (AEM) hatten sich angesichts dieses Diskussi-onsverlaufs entschlossen, dieser pragmatischen und aus dem Handlungs-druck heraus verständlichen Position eine erweiterte (pflege-)ethische Re-flexion dazuzustellen und in ein Diskussionspapier¹² zu fassen. Dadurch sollten für die eine oder andere Entscheidung oder Konfliktlösung eine an-gemessene Begründung für die Kommunikation mit Bewohner*innen, de-

11 Die Stellungnahme vom 09.06.20 ist noch nicht online, aber über die Fachstelle SPES erhältlich; Kontaktdaten: <https://www.im-muenchen.de/index.php?id=587>.

12 Das schon erwähnte Papier konnte am 12.05.2020, dem Welttag der Pflege, veröf-fentlicht werden; an der Erstellung dieses Papiers hatten mitgewirkt: Heidi Albis-ser Schleger (Basel), Constanze Giese (München), Stefan Dinges (Wien), Georg Marckmann (München), Ingo Nordmann (Göttingen), Wolfgang Pasch (Düssel-dorf), Marianne Rabe (Berlin), Annette Riedel (Esslingen), Nina Streeck (Zürich), Sabine Wöhlke (Göttingen): https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf [21.06.2020].

ren Angehörigen und den Mitarbeiter*innen gefunden werden. Im Idealfall, so die Überlegung, ließen sich noch Handlungsalternativen finden oder, so die Hoffnung, könne es zu einer geteilten Verantwortung zwischen Gesundheitspolitik und den Pflegeeinrichtungen kommen, die die Mitarbeiter*innen in ihrem moralischen Stress entlasten und unterstützen.

Das Diskussionspapier hat sich zur Aufgabe gemacht, auf die aktuell beobachtbaren Phänomene, Herausforderungen und deren Ursachen aufmerksam zu machen; insbesondere im ambulanten Bereich sowie in der stationären Langzeitpflege in Bezug auf die Beziehungsgestaltung, Kommunikation, Begleitung und die Wahrung von Rechten und Sicherheit der Bewohner*innen. In Spannung dazu wurden die aktuellen Arbeitsbedingungen in der Pflege sowie ethische Fragen gestellt, die sich für Pflegenden in Zeiten der Covid-19-Pandemie ergeben (z. B. Pflege ohne ausreichende Schutzausrüstung vs. notwendige Berührungen und Zuwendung); in den Blick kamen auch Rahmenbedingungen für Auszubildende in den pflegenden Berufen und deren Einsatz in der Pflege vor Ort. Dazu gesellte sich auch der große Daten- und Forschungsbedarf aus der Sicht der Pflegewissenschaften, Public Health und Versorgungsforschung – zu wenige aktuelle Studien waren aus dieser Perspektive verfügbar. Die Beschränkungen in der Krise betreffen erneut jene Einrichtungen und Dienste, die bislang schon mit knapper Personaldecke und Ressourcenknappheit leben mussten – und das zeigt sich gerade durch fehlende Schutzausrüstungen sowie den Wegfall von unterstützenden Rollen und Angeboten wie Seelsorge, Physiotherapie, Ergotherapie etc.

Dem Diskussionspapier geht es darum, die verantwortlichen Träger, aber auch die Verbände und die Politik in den Blick zu nehmen und einen organisationsethischen Rahmen zur Bearbeitung der aktuellen Herausforderungen mitzuentwickeln. Den Hintergrund für die Positionen des Diskussionspapiers bildet eine solide pflegeethische Reflexion. Eine aktuell verantwortliche Pflegeethik darf sich hier nicht mit der Reflexion der eigenen Rolle und Profession begnügen; vielmehr geht es um das Ausgestalten einer interprofessionellen Ethik der Gesundheitsberufe bzw. des Gesundheitssystems.

4. Widersprüche und Spannungsfelder in der Corona-Krise

Die Ethikberatung ist angetreten, Wert- und Zielkonflikte in Behandlungs- und Versorgungsentscheidungen sichtbar und besprechbar zu machen. Im Sinne einer evaluativen Ethik gilt es, dabei konkurrierende Werte zu benennen, um dann in einer Güter- und Zielabwägung die Entscheidungen zu reflektieren. Gerade weil angesichts der drängenden Frage nach guter Versorgung und guten Entscheidungen auf der Mikroebene viele moralische Konflikte sichtbar werden, ist es ratsam, Perspektive und Ebene zu wechseln und auf einige Spannungsfelder und Widersprüche auf der Mesoebene der Gesundheitseinrichtungen im Lichte der gesellschaftlichen Gegenwartskultur (Makroebene) hinzuweisen. Es sind übrigens die gleichen Spannungsfelder und Widersprüchlichkeiten, die auch in Frankreich und Italien vorfindbar sind (z. B. die Privatisierungen im Gesundheitssektor und die gewinnorientierte Ausrichtung der Alten- und Pflegeheime, insbesondere in Norditalien). Das Ausbleiben der Überlastung in den Spitälern ist gegebenenfalls ein Unterschied zu den deutschsprachigen Gesundheitseinrichtungen; was nicht bedeutet, dass die deutschsprachigen Länder und Gesundheitseinrichtungen hier unverwundbar wären – das beweisen die vorgestellten Zahlen und Berichte aus den Pflegeeinrichtungen.

4.1 Spannungsfelder und Aufgaben im Kontext des Gesundheitssystems

Es braucht eine Organisation von Verantwortung zwischen den Trägern der stationären Altenpflege, den Berufsverbänden und der (kommunalen) Politik.

- Im Bereich der Krankenhäuser kam es in der Pandemie zu kommunalen bzw. regionalen Kooperationen bzw. der Koordination vorhandener Ressourcen¹³: Unter der Wahrung notwendiger Schutzmaßnahmen und mit Rücksicht auf die Wünsche der Bewohner*innen ist auch im Bereich der stationären Altenpflege verstärkt über haus- und trägerübergreifende Kooperation und Koordination nachzudenken – gerne auch mit kommunalpolitischer Unterstützung bzw. Beauftragung. Aus

13 Auf der Homepage der DIVI findet sich ein Intensivregister aller freien Intensivbetten in Deutschland (<https://www.intensivregister.de/#/index> [21.06.2020]). Wer die Mühen des Entlassungsmanagements in den Krankhäusern kennt, einen Pflege- oder Palliativplatz zu finden, fragt sich, warum es das noch nicht flächendeckend für den Pflegebedarf gibt.

der Perspektive der Pflegeethik werden in diesem Bereich im deutschsprachigen Raum entscheidungs- und handlungsfähige Krisenstäbe vermisst.

- In der öffentlichen Wahrnehmung sind die Pflegeheime das Problem, die Krankenhäuser jedoch die Lösungsanbieter?! – Hier tut ein Erkennen und Anerkennen Not, wie wenig der Altenpflegesektor (ambulant und stationär) bislang im Blick ist, wie ungleich die Aufmerksamkeit und die Anerkennung für Pflege- und Versorgungsleistungen sind. Die Krise sollte ein Anlass zu strukturellen Verbesserungen sein; dieser Diskurs muss jetzt auf der institutionellen und politischen Ebene geführt werden, nicht nur um aus der Corona-Krise herauszukommen, sondern um der bereits zuvor bestehenden kritischen Situation in der Langzeitpflege und in der ambulanten Pflege entgegenzuwirken.

Wie schon erwähnt, sollen die Maßnahmen in der Corona-Krise dem Schutz der alten und hochaltrigen Menschen dienen – in einem gesellschaftlichen Kontext, der strukturell altersdiskriminierend ist, ist das ein Widerspruch *par excellence*. Diese Diskriminierung¹⁴ trifft nicht nur strukturell die Einrichtungen der Altenpflege, sondern auch deren Mitarbeiter*innen und die zu Pflegenden.

- Aus Gründen der Gerechtigkeit, Fairness und Unparteilichkeit ist daran zu erinnern, dass die Mittel für Prävention, Pflege, Behandlung und Betreuung in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem fair verteilt werden sollen. Wenn es um das Leben und die Gesundheit geht, gilt jede Gesundheitsinstitution gleich viel. Dies bedeutet u. a., dass die Langzeitpflege gegenüber der Akutpflege nicht nachrangig behandelt werden darf.
- Es ist anzuerkennen, dass die jetzige Krise frühere Fehlentscheidungen und Versäumnisse im Gesundheitswesen ans Tageslicht bringt und die Chance eröffnet, diese konstruktiv aufzugreifen und Veränderungen anzuregen. Berufs- und Fachverbände ebenso wie lokale und regionale Behörden und die entsprechenden politischen Organe sind gefordert, die Langzeitpflege gleichermaßen und angemessen in ihre Programme und Unterstützungsmaßnahmen zu integrieren.
- Akut braucht es (immer noch) Finanzmittel für Entlastungs- und für Schutzmaßnahmen. Die Frage der Finanzierung ließe sich bei diesem

14 Vgl. Rothermund/Mayer, Altersdiskriminierung; Schär-Bütikofer, Altersdiskriminierung in der Akutpflege. Sargent-Cox, Ageism: we are our own worst enemy; Dinges, „lebensatt oder lebensmüde?“.

Beispiel mit den verantwortlichen Stakeholdern aus Politik, Behörden, Krankenversicherungen oder Trägern in aller Kürze regeln. Das würde gut zum Stichwort „Koste es, was es wolle!“ passen: 50 Millionen Euro für ein Versorgungszentrum mit zusätzlichem Personal auf dem Wiener Messegelände waren kein Problem.¹⁵

- Mittelfristig sind alle Privatisierungskonzepte im Gesundheitswesen zu überdenken. Der Gesundheitssektor in Norditalien wurde massiven Einsparungen unterworfen durch Privatisierungen in Krankenhäusern und Altenheimen; in Frankreich wird das zentralistische Gesundheitssystem für die Eskalationen in der Krise verantwortlich gemacht. In Österreich sollte die regionale und kommunale Vernetzung weiter ausgebaut werden, gerne auch in Public-Private-Partnership.

4.2 Zwischen Krankenhaus und Pflegeheim

Im Hinblick auf eine mögliche Überlastung von Krankenhäusern wurden Patient*innen und Bewohner*innen verstärkt mit der Abfassung von Patientenverfügungen konfrontiert, um u. a. auf gebotene medizinisch-pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu verzichten. So zentral Wunsch und Wille für jede Pflege und Versorgung sind, so darf jedenfalls kein Druck auf Willensäußerungen ausgeübt werden; gleichzeitig ist für sinnvoll erwünschte medizinisch-pflegerische Behandlungen zu sorgen – wofür ja in den Krankenhäusern gesorgt worden war. Alter und Gebrechlichkeit allein dürfen weder Anlass noch Begründung von Rationierungsmaßnahmen sein; hier braucht es vorausschauende Wert- und Güterabwägungen, die sich mit und an den Bewohner*innen bzw. deren Lebenszielen orientieren.

Die freie Entscheidung des Einzelnen ist ein Grundrecht und eine ethische Maxime. Sie dürfte nur dann eingeschränkt werden, wenn mit alternativen Schritten zentrale Ziele bei der Vorbeugung und Behandlung von Covid-19 nicht erreicht werden können. Viele Bewohner*innen, die weder dement sind noch sich in gesetzlichen Vertretungen/Bevollmächtigungen befinden, konnten nicht in die Einschränkungen einwilligen bzw. wurde nicht um ihre Einwilligung gefragt. Damit stellt sich die Frage nach der Rechtsgrundlage für die Bewegungseinschränkungen bzw. Besuchs- und Begleitungsverbote von Angehörigen, Seelsorger*innen etc. für Bewohner*innen, die ganz offensichtlich weder ein Verdachtsfall noch infiziert

15 Vgl. <https://wien.orf.at/stories/3052610/> [21.06.2020].

waren. Das stand und steht in Spannung zu jenen Bewohner*innen (und Angehörigen), die geschützt werden wollten – auch das eine Zerreißprobe für Mitarbeiter*innen und Einrichtungen. Trotzdem müssen viele der jetzt sichtbar werdenden Situationen mindestens als freiheitseinschränkende, wenn nicht freiheitsentziehende Maßnahmen bewertet werden und hätten dementsprechend nach den jeweils geltenden Gesetzeslagen gemeldet und überprüft werden müssen.

Im Vergleich zu den aufwändigen Kontrollen und Testungen in den Krankenhäusern wurde im niedergelassenen Bereich und in den Pflegeheimen zu wenig und zu zögerlich getestet; dies gilt für Bewohner*innen ebenso wie für die Mitarbeiter*innen. Die an sich gute Idee, z. B. in Wien über den Ärztekundendienst die mobilen Tests zu organisieren und Infektionsketten zu verhindern, geriet bald in Überlastungen. Zwar wurde damit ein Ansturm auf die Spitäler verhindert; allerdings warteten viele tagelang auf den Test und dann wiederum auf das Ergebnis. In den Pflegeheimen wurde oft nur im Verdachtsfall oder nach einem Infektionsausbruch getestet.

Da es ja trotz Besuchs- und Ausgangsverboten immer wieder zu Infektionsherden in Pflegeheimen kam, waren es wohl die Mitarbeiter*innen, die das Virus in die Einrichtungen trugen. Mitarbeiter*innen verschwiegen ihre Symptome, hielten sie vielleicht nur für eine Grippe – und kamen zur Arbeit, nicht zuletzt auch, weil sie auf das Einkommen angewiesen waren oder um die Versorgungskontinuität bei Personalknappheit aufrechtzuerhalten. Hier hätte wohl ebenso konsequent getestet werden müssen, denn Mitarbeiter*innen-Sicherheit ist immer auch Patient*innen-/Bewohner*innen-Sicherheit.

Der Ressourcenmangel führte in manchen Pflegeeinrichtungen dazu, dass das Personal wegen des fehlenden Schutzmaterials mit Plastiksäcken und Skibrillen versucht hat, die Bewohner*innen und sich selbst vor einer Infektion zu schützen. Es stellt sich die Frage, ob nicht auch Mitarbeiter*innen das Recht haben, die Pflegearbeit ohne Schutz zu verweigern – auch mit der Perspektive, dass eine Infektion von Pflegepersonen in Zeiten des Personalmangels eben auch die zukünftige Pflege und Versorgung in den Einrichtungen gefährdet.

4.3 In den Pflegeheimen

Die vorangegangenen Reflexionen machen deutlich, dass die zwiespältigen Erfahrungen und Konflikte in den Einrichtungen selbst durch Widersprüche und Wertkonflikte sowie Ungereimtheiten auf den übergeordneten

Ebenen mitverursacht und mitverantwortet werden – und deswegen auf der Mikroebene der Alltagspflege nicht zufriedenstellend und nachhaltig gelöst werden können, ohne von den Mitarbeiter*innen herkulische Mehrleistungen einzufordern und Überlastungen vorzuprogrammieren.

Das Diskussionspapier der AEM würdigt explizit die geleistete Arbeit der Pflegenden in allen Gesundheitseinrichtungen und greift in den Vorbemerkungen einige Kernpositionen aus der Berufsethik der Pflege auf:

Gesunderhaltung und körperliche Unversehrtheit sind zentrale Pflegeziele¹⁶ wie auch der Schutz und die Förderung der Autonomie des Menschen, der niemals nur Objekt der (Für-) Sorge sein darf, sondern immer Subjekt der ihn betreffenden Maßnahmen bleiben muss.¹⁷ Die Ermöglichung sozialer Teilhabe und von sozialen Nahbeziehungen¹⁸ wie auch die Bedeutung von Nähe und von Berührungen¹⁹ für den Menschen gehören zum Verantwortungs- und Kompetenzbereich der Pflege und sind zugleich zentrale Indikatoren von Pflegequalität.²⁰

Die Erfahrungen und die Güter- und Wertkonflikte in der Pandemie stellten für viele Pflegende eine Bürde dar, weil der Schutz gegen Güter und Werte verstieß, die in einem ganzheitlich geprägten Pflegeprozess grundlegend sind: „Pflegende arbeiten ‚am Leib ebenso wie mit dem Leib‘ und wissen deshalb um die scheinbar nur alltäglichen, aber zugleich doch lebenswichtigen Bedürfnisse des Menschen.“²¹ Somit standen etliche Handlungen der fachlichen und ethischen Expertise der Pflege als Profession und ihren Grundüberzeugungen entgegen: „Unsere physische Präsenz ist vielleicht das Kostbarste, was wir einander geben können.“²²

16 Vgl. ICN-Ethikkodex für Pflegende 2012 (deutsche Fassung von 2014), Präambel, in: <https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/ICN-Ethikkodex-2012-deutsch.pdf> [21.06.2020].

17 Vgl. ICN-Ethikkodex, Element 1; explizit auch in: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, Leitsatz 1, unter: https://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/die-charta_leitsaetze.html [21.06.2020].

18 Vgl. ICN-Ethikkodex, Element 1; Pflege-Charta, Artikel 4, Artikel 6, Artikel 8, unter: <https://www.wege-zur-pflege.de/pflege-charta/> [21.06.2020].

19 Gertzen, Streicheleinheiten im Altersheim.

20 https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_R Reflexion_Papier.pdf [21.06.2020].

21 Großklaus-Seidel, Ethik im Pflegealltag, 96; sie zitiert Hartmut Remmers.

22 Guiver, Company of voices, 35.

Das Diskussionspapier nimmt einige der zwiespältigen Erfahrungen im Pflegealltag auf – hier einige, die bislang noch unerwähnt blieben:

- Durch die Priorisierung des Infektionsschutzes wurden Alltagsprozesse und Tagesstrukturen verändert, es kam zu erzwungenen Umzügen, Mahlzeiten wurden nicht mehr gemeinsam eingenommen und Gruppenaktivitäten massiv eingeschränkt.
- Insbesondere bei Menschen mit Demenz verschlimmerte sich die Verwirrtheit und in der Folge kam es zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes, aber auch zu Aggressionen.
- Freiheitseinschränkende Maßnahmen aus der Überforderung der Pflegenden heraus bergen auch die Gefahr einer Zunahme von Gewalt und Übergriffen.
- Es konnte eine Zunahme in der Verabreichung beruhigender Medikamente beobachtet werden, die nicht aus therapeutischen Gründen, sondern aus einer Überlastung heraus verabreicht wurden.
- Die latente Gefahr von Unter- bzw. Fehlversorgung wurde durch unzureichend eingearbeitetes Aushilfspersonal gesteigert.

5. Die Forderungen und Empfehlungen des AEM-Diskussionspapiers

Abschließend übernehme ich die Forderungen und Empfehlungen aus pflegeethischer Sicht und ihre Konsequenzen auf den unterschiedlichen Ebenen aus dem zitierten Dokument:

- „Menschenrechte und Grundrechte gelten für Pflegebedürftige wie für alle Menschen auch in Zeiten der Covid-19-Pandemie.
- Eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung und Pflege hat stets Respekt vor der Würde einer jeden Person.
- Das gesellschaftliche Potenzial der Pflegeberufe liegt nicht in ihrer Aufopferungsbereitschaft, sondern in ihrer fachlichen Expertise, die den Carebedarf der Bürger*innen vertritt.
- Die gesellschaftliche und politische Anerkennung professioneller Pflege und der Pflegenden muss über die Covid-19-Pandemie und über das Internationale Jahr der Pflegenden hinauswirken. Nicht einmalige Bonuszahlungen, sondern langfristige finanzielle, soziale, gesellschaftliche und interprofessionelle Anerkennung sind gefordert.
- Die andauernde pflegerische Versorgungskrise, die durch die Covid-19-Pandemie weiter eskaliert, führt eindrücklich vor Augen, dass der politische Verzicht auf eine Verkammerung der Pflege in fast allen Bundes-

ländern keine ethisch neutrale politische Entscheidung war und korrigiert werden muss.

- Das Spannungsfeld zwischen Infektionsgefahr, leiblicher Nähe und Lebensqualität, in dem Pflegende sich bewegen, bedarf adäquater Strukturen der ethischen Reflexion.
- Wenn es um das Leben und die Gesundheit geht, gilt es, jedem Versorgungssektor des Gesundheitswesens in seiner Bedeutung gerecht zu werden und die Langzeitpflege nicht länger nachrangig zu behandeln. Dazu muss lokale und kommunale sektorenübergreifende Vernetzung beitragen.
- Nicht nur die Pflegenden mit Patientenkontakt, sondern auch die Institutionen (Krankenhäuser, Senioreneinrichtungen, ambulante Pflegedienste, private und staatliche Einrichtungen sowie die übergeordneten Behörden und politischen Organe) sind moralische Akteure, die ihre je eigene moralische Verantwortung wahrnehmen müssen.²³

Auf der Mikroebene können diese Forderungen umgesetzt werden durch:

- eine professionelle Verantwortungsübernahme der Pflegenden vor Ort und ihre vorausschauende Einbindung bei der Gestaltung aller Versorgungsprozesse;
- eine Sorge für Rechtssicherheit, nicht nur im Umgang mit Freiheitsbeschränkungen;
- eine Sorge für eine angemessene Ausstattung und Ausrüstung für die zentralen Pflegeprozesse.

Auf der Mesoebene der Gesundheitseinrichtungen verlangt dies u. a.:

- die Organisation eines Pandemiestabes;
- eine routinemäßige Überprüfung aller bestehenden Freiheitseinschränkungen und
- die Sicherstellung einer würdebewahrenden Begleitung und Versorgung am Lebensende.

Auf der gesellschaftlichen Ebene braucht dies endlich eine Beteiligung der Pflegeberufe und ihrer Standesvertretungen in allen Belangen der Gesundheitsversorgung, nicht nur weil sie immer in der Umsetzung unmittelbar beteiligt sind, sondern auch weil sie in ihrer Professionalisierung längst schon einen zentralen und eigenständigen Beitrag leisten, der unverzichtbar ist. Es wird deutlich, dass nicht nur die Risikogruppen unsere Sorge

23 https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf [21.06.2020].

brauchen, wir müssen uns auch angemessen um die Gesundheitsberufe sorgen, damit sie ihr professionelles Können zu unser aller Wohl umsetzen können. Letztendlich profitiert jede einzelne Bürgerin, jeder einzelne Bürger von einem solidarischen, ethisch aufmerksamen und auf den Einzelfall fokussierten Gesundheitssystem – in gesellschaftlicher Mitverantwortung.

Literatur

- Dinges, Stefan: Ethikberatung als Prävention von moralischem Stress im Bereich von Pflege- und Gesundheitsberufen, in: Eisele, Colombine (Hg.): *Moralischer Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen*, Wien: Facultas 2017, 76–90.
- Dinges, Stefan: „Lebenssatt oder lebensmüde?“ Verstehen, analysieren und bearbeiten der Sterbewünsche von Bewohner*innen in der stationären Altenhilfe, Linz 2019 (= unveröffentlichte Masterthesis zur Erlangung eines Professional Master in Medical Ethics (PM.ME) an der Johannes Kepler Universität).
- Dinges, Stefan: Eine Sorge für das Ganze (ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ): Welchen Beitrag Pflegende für eine organisationsethische Ausrichtung von Gesundheitseinrichtungen leisten – trotz moralischem Stress, Rollenkonflikten und ungeklärter Verantwortung, in: Stronegger Willibald J./Attems, Kristin (Hg.): *Das Lebensende zwischen Ökonomie und Ethik. 2. Goldegger Dialogforum Mensch und Endlichkeit*, Baden-Baden: Nomos 2019 (= *Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft* 7), 147–166.
- Gertzen, Ann-Christin: Streicheleinheiten im Altersheim. Die Kunst der Berührung, *Süddeutsche Zeitung* (17.05.2010), in: <https://www.sueddeutsche.de/leben/streicheleinheiten-im-altersheim-die-kunst-der-beruehrung-1.359960> [21.06.2020].
- Großklaus-Seidel, Marion: *Ethik im Pflegealltag*, Stuttgart: Kohlhammer 2002.
- Guiver George: *Company of voices. Daily prayer and the people of God*, Norwich: Canterbury 2000.
- Rothermund, Klaus/Mayer Anne-Kathrin: *Altersdiskriminierung. Erscheinungsformen, Erklärungen und Interventionsansätze*, Stuttgart: Kohlhammer 2009.
- Schär-Bütikofer, Ursula: *Altersdiskriminierung in der Akutpflege. Auf den Spuren eines Phänomens*, München: GRIN 2010.
- Sargent-Cox, Kerry: Ageism: we are our own worst enemy, in: *International Psychogeriatrics* 29/1 (2017) 1–8.

II

Normative Perspektiven aus Ethik und Recht

Das Triage-Problem in Italien während der COVID-19-Pandemie

Martin M. Lintner

1. Italien und die COVID-19-Pandemie

Italien gehört nicht nur in Europa, sondern weltweit zu den am stärksten von der Lungenkrankheit COVID-19¹ betroffenen Ländern. Die ersten beiden Infektionsfälle – es handelte sich um zwei chinesische Touristen – wurden am 30. Januar 2020 vom Nationalen Institut für Infektionskrankheiten *Spallanzani* in Rom diagnostiziert. Beide Patienten wurden am 26. Februar für geheilt erklärt. Der erste Fall einer sekundären Übertragung des Coronavirus SARS-CoV-2 wurde am 18. Februar 2020 in Codogno, einer Gemeinde der Provinz Lodi, Lombardei, bekannt. Am 22. Februar 2020 verstarben in der Nähe von Padua zwei Personen, bei denen nachträglich eine Infektion durch das Coronavirus festgestellt wurde. Am selben Tag wurden zwölf weitere Personen in der Provinz Venetien positiv getestet. In den darauffolgenden Tagen stieg die Infektionsrate in Venetien, besonders aber in der Lombardei, sprunghaft an. Am 3. März gab es in Venetien 307 und in der Lombardei 1520 bestätigte Fälle von COVID-19-Erkrankten.

Es gibt verschiedene Hypothesen, die die extrem schnelle Ausbreitung des Virus ab Ende Februar/Anfang März besonders in der Lombardei zu erklären versuchen. Eine ist jene, dass sich viele Patientinnen und Patienten beim Besuch des *Uefa Champions League* Fußballspiels zwischen Valencia und Atalanta Bergamo, welches am 19. Februar 2020 im Mailänder Stadion *San Siro* vor 44.000 Zuschauern ausgetragen wurde, angesteckt haben. Ebenso wird die Hypothese diskutiert, dass die hohe Feinstaubbelastung in den oberitalienischen Industrieregionen, mit den entsprechenden langfristigen negativen Auswirkungen auf die Lungen, mit ursächlich sein könnte für den hohen Grad an Infektionen, die zur Entwicklung von Sym-

1 COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*) ist die von der WHO am 11.02.2020 verlautbarte offizielle Bezeichnung für die Lungenerkrankung, die durch Infektion durch den Virus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) ausgelöst wird.

ptomen geführt haben, sowie für den schweren Verlauf der Erkrankung (Setti et al. 2020).

Die Suche nach den Ursachen und die Erhärtung oder Widerlegung dieser und anderer Hypothesen wird Gegenstand weiterführender Forschungsstudien sein. Fakt ist, dass innerhalb kürzester Zeit die Infektionszahlen derart gestiegen sind, dass die Grenzen der Kapazitäten der intensivmedizinischen Betreuung der COVID-19-Patienten besonders in der Lombardei innerhalb kürzester Zeit erreicht worden sind. Die vordergründige Ursache hierfür ist natürlich das hohe Aufkommen von Patientinnen und Patienten innerhalb weniger Tage, worauf das Gesundheitssystem, trotz der sich bereits im Lauf der Monate Januar und Februar abzeichnenden Gefahr einer sich anbahnenden globalen Infektionswelle, schlichtweg nicht vorbereitet war. Eine weitere Ursache liegt in der im internationalen Vergleich relativ niedrigen intensivmedizinischen Kapazität des italienischen Gesundheitssystems. Italien verfügte vor Ausbruch der COVID-19-Pandemie über 8,42 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Der Vergleich zu Deutschland und Österreich, wo 33,9 (Deutschland) bzw. 28,9 (Österreich) Intensivbetten je 100.000 Personen zur Verfügung standen, macht diese grundsätzliche prekäre Situation deutlich.² Eine weitere mögliche Ursache ist, dass – wiederum im internationalen Vergleich – ein relativ hoher Anteil der Infizierten intensivmedizinisch betreut werden musste. Laut Angaben des italienischen Gesundheitsministeriums waren es am 3. März 2020 11,2 Prozent der positiv getesteten Patientinnen und Patienten.³ In Österreich waren es in der vergleichbaren Phase der COVID-19-Krise lediglich 1,6 Prozent.⁴

Die Infektionswelle erreichte ihren Höhepunkt mit 6.557 Neuinfektionen (21. März 2020) und 969 Toten (27. März 2020) an jeweils einem einzigen Tag. Bis zum 8. Mai wurden insgesamt 217.185 an SARS-CoV-2 infizierte Personen registriert, von denen 30.201 verstorben sind. Dies entspricht 49,98 Toten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Weltweit lag Italien nach Belgien (74,6) und Spanien (50,29) an dritter Stelle

2 Vgl. Ministero della Salute 2017; Deutsches Statistisches Bundesamt (Stand: 02.04.2020).

3 Am 3. März 2020 waren landesweit 2034 Infektionen bekannt, 1000 Patienten befanden sich in Heimquarantäne, 1034 wurden im Krankenhaus behandelt, davon 229 auf der Intensivstation. Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino del 3 marzo 2020.

4 Vgl. Der Standard: Wie viele freie Betten es auf den Intensivstationen gibt (Stand: 25.03.2020).

vor Großbritannien (47,1) und Frankreich (39,16).⁵ Von den italienischen Corona-Opfern entfielen 52,3 Prozent auf die Lombardei, und zwar bei einem Anteil von ca. 37 Prozent an Infizierten auf der gesamtstaatlichen Ebene.⁶ 60,9 Prozent der Verstorbenen waren Männer, 39,1 Prozent Frauen. Gezählt wurden alle Verstorbenen, die vor ihrem Tod positiv auf das Coronavirus getestet worden waren, unabhängig davon, ob die Infektion mit SARS-CoV-2 ursächlich für den Tod war oder ob es potentiell eine andere Todesursache gegeben hatte. Erste Analysen gehen jedoch davon aus, dass in 88 Prozent der Todesfälle das Coronavirus die erste Todesursache darstellte, auch wenn 59,9 Prozent der Verstorbenen drei oder mehr Vorerkrankungen, 21,3 Prozent zwei, 15 Prozent eine und lediglich 3,9 Prozent keine Vorerkrankung aufwiesen⁷.

Die Gesamtzahl der Todesfälle entsprach in Bezug auf die Infizierten einer Sterblichkeitsrate von 13,9 Prozent. Diese war im Vergleich etwa zu Deutschland mit einer Sterblichkeitsrate von rund 4,2 Prozent⁸ und Österreich mit 3,8 Prozent⁹ relativ hoch und lag signifikant über dem weltweiten Durchschnitt von ca. sieben Prozent. Weltweit lag Italien nach Belgien (16,42 Prozent), Frankreich (14,96 Prozent) und dem Vereinigten Königreich (14,9 Prozent) an vierter Stelle vor Spanien (11,68 Prozent).¹⁰ Eine mögliche Ursache für die hohe Sterblichkeitsrate ist die bereits erwähnte geringe intensivmedizinische Kapazität Italiens. Eine weitere mögliche Ursache ist der schwere Verlauf vor allem bei älteren Patientinnen und Patienten. Zum Datum 7. Mai 2020 betrug das Durchschnittsalter der Verstorbenen 80 und das mediane Alter 81 Jahre, während das mediane Alter aller Infizierten bei 62 Jahren lag.¹¹

Dieser kurze, überblicksmäßige Rückblick auf die COVID-19-Krise in Italien von ihrem Ausbruch Ende Februar und dem Verlauf bis Anfang Mai 2020 mag an dieser Stelle genügen. Bereits erwähnt wurde, dass die dramatische Entwicklung sich auf die besonders schwer betroffene Region der Lombardei fokussierte, wo das Gesundheitssystem bereits Anfang März so überlastet war, dass viele Patientinnen und Patienten nicht mehr ange-

5 Vgl. Johns Hopkins University: COVID-19 Dashboard by the CSSE (Stand: 09.05.2020).

6 Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino del 6 maggio 2020.

7 Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino dell'8 maggio 2020.

8 Vgl. Statista (Stand: 06.05.2020).

9 Vgl. Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Amtliches Dashboard COVID-19 (Stand: 07.05.2020).

10 Vgl. Statista: Letalitätsrate beim Coronavirus (Stand: 06.05.2020).

11 Vgl. Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino dell'8 maggio 2020.

messen bis überhaupt nicht mehr behandelt werden konnten. Krankenhäuser sahen sich genötigt, Patientinnen und Patienten abzuweisen. Bilder gingen um die Welt und führten die dramatische Lage, aber auch die menschlichen Tragödien, die sich abspielten, plastisch vor Augen: völlig erschöpfte Krankenschwestern und Ärzte; kurzfristig in Krankenstationen umfunktionierte Messehallen; überfüllte Intensivstationen; verzweifelte Menschen, die ihre sterbenden Angehörigen nicht besuchen durften; Bestatter, die Leichen von zuhause abholten, wo Menschen allein und ohne medizinische Versorgung verstorben waren; Kirchen voller Särge; nächtliche Konvois von Militär-LKWs, die die Leichen zu den Krematorien in die benachbarten Regionen transportierten, da die Krematorien in der Lombardei trotz Dauerbetriebs die Leichen der vielen Corona-Opfer nicht mehr aufnehmen konnten.

2. *Das Positionspapier der SIAARTI*

Die italienische Gesellschaft für Anästhesie, Analgesie, Reanimations- und Intensivmedizin SIAARTI sah sich veranlasst, am 6. März 2020 ein Positionspapier zur Triage zu veröffentlichen, also bereits eine knappe Woche bevor die italienische Regierung am 12. März 2020 durch weitreichende Maßnahmen, die das öffentliche Leben fast lahmlegten, versuchte, die weitere Ausbreitung des Coronavirus zu verhindern. Das Positionspapier der SIAARTI besteht aus einer hinführenden Einleitung sowie 15 „klinisch-ethischen Empfehlungen zum Beginn intensivmedizinischer Maßnahmen und zu ihrer Beendigung, unter außerordentlichen Umständen aufgrund von Ungleichgewicht zwischen Notwendigkeit und verfügbaren Ressourcen“.

In der Einleitung wird ausgeführt, dass aufgrund der zu erwartenden Verschärfung der Situation – Zunahme der Infektionen sowie der Umstand, dass ca. zehn Prozent der infizierten Patientinnen und Patienten eine intensivmedizinische Behandlung mit invasiver oder nicht-invasiver Beatmung benötigen – die Kriterien zur Aufnahme sowie zur Beendigung einer intensivmedizinischen Behandlung sich „nicht mehr strikt nach der klinischen Angemessenheit oder der Verhältnismäßigkeit der Therapie richten, sondern auch möglichst Verteilungsgerechtigkeit und die zweckmäßige Zuweisung von medizinischen Ressourcen in Betracht ziehen“

(Vergano et al. 2020¹²). Ausdrücklich wird von „Kriterien einer maximalen Triage“ gesprochen sowie auf den Bereich der Katastrophenmedizin verwiesen, „für welche die Ethik im Laufe der Zeit konkrete Empfehlungen für Ärzte und Pflegepersonal, die vor schwierigen Entscheidungen stehen, erarbeitet hat“. Mit Verweis auf das Prinzip der Verhältnismäßigkeit der Behandlung, das auf den Kontext eines Mangels an medizinischen Ressourcen auszudehnen sei, sei „danach [zu] trachten, intensivmedizinische Behandlung für jene Patienten zu garantieren, die die größte Wahrscheinlichkeit für einen therapeutischen Erfolg haben: man bevorzugt die ‚höchste Überlebenschwahrscheinlichkeit‘.“ Als Kriterien für die Aufnahme einer intensivmedizinischen Betreuung werden zudem genannt: „die Art und Schwere der Erkrankung, das Vorhandensein von Komorbiditäten, die Beeinträchtigung von anderen Organfunktionen und deren Reversibilität“. Abgelehnt wird ausdrücklich das *First Come, First Served*-Prinzip. Betont wird, dass das

„Vorhandensein von Ressourcen für den Einzelfall solange nicht Teil des Entscheidungsprozesses ist, bis der Mangel an Ressourcen so massiv wird, dass man nicht die Behandlung aller Patienten, die von einer Behandlung hypothetisch profitieren könnten, sicherstellen kann“,

und dass

„die Anwendung von Rationierungsmaßnahmen nur dann gerechtfertigt sein kann, wenn seitens aller involvierter Stellen (vor allem der ‚Krisenstäbe‘ und der Krankenhaus-Führungsgremien) alle Anstrengungen unternommen wurden, um die Verfügbarkeit der medizinischen Behandlung zu steigern (im konkreten Sachverhalt, Intensivbetten), und nachdem jede Möglichkeit einer Verlegung von Patienten in Zentren mit mehr freier Kapazität beurteilt wurde“.

Die Änderung der Aufnahmekriterien müsse zudem „so weit als möglich von den betroffenen Mitarbeitern mitgetragen werden“ und „aufgrund von Transparenzkriterien und um das Vertrauen in die öffentliche Gesundheitsversorgung zu gewähren“ den betroffenen Patienten und ihren Angehörigen mitgeteilt werden. Die 15 folgenden Empfehlungen sollen zwei Zielen dienen: „den Ärzten einen Teil der Last ihrer Entscheidungen

12 Die deutschsprachigen Zitate aus diesem Dokument folgen weitestgehend der Arbeitsübersetzung von Lukas Gasteiger (http://www.provinz.bz.it/gesundheits-leben/gesundheitsethik-und-gesundheit.asp?news_action=300&news_image_id=1061753 [09.05.2020]).

abzunehmen, die in einzelnen Fällen emotional gravierend sein können“, und „die Kriterien zur Zuweisung von medizinischen Ressourcen klarzumachen“.

Im Folgenden sollen die einzelnen Kriterien vorgestellt werden:

1. Die außerordentlichen Aufnahme- und Entlassungskriterien betreffen alle Intensivpatienten (nicht nur COVID-19-Patienten) und sollen lokal flexibel „an die konkreten Ressourcen, an die Möglichkeit, Patienten zu verlegen, an die Anzahl an aktuellen und vorhergesagten Neuinfektionen angepasst werden“.
2. Die akute Anhebung der Gesamt-Intensivbettenanzahl gewährleistet nicht eine adäquate Therapie des einzelnen Patienten, da durch die höhere Anzahl von aufgenommenen Patienten Ressourcen, Aufmerksamkeit und Energie für den einzelnen Patienten reduziert würden. Durch die Verringerung der selektiven chirurgischen und ambulanten Tätigkeit und der Knappheit der intensiven Ressourcen sei zudem ein „Anstieg der Mortalität aufgrund klinischer Erkrankungen, die nicht mit der aktuellen Epidemie in Zusammenhang stehen“, zu erwarten.
3. In Betracht gezogen wird, „ein Alterslimit zur Aufnahme an einer ICU einzuführen“, wobei betont wird, dass es sich „nicht um eine reine Werteentscheidung“ handelt, sondern dass „Ressourcen, die höchstgradig eingeschränkt sein könnten, *in primis* denen, die die höchste Überlebenswahrscheinlichkeit haben, und in einem zweiten Schritt jenen, denen am meisten potentielle Lebenszeit gerettet werden kann“, angeboten werden sollen. Ausdrücklich wird von einer „Maximierung des Nutzens für eine möglichst große Zahl von Menschen“ gesprochen und erneut das *First Come, First Served*-Prinzip abgelehnt.
4. In Bezug auf Komorbiditäten, Allgemeinzustand und Alter wird festgehalten, dass sie aufmerksam beurteilt werden müssen, da sie den Verlauf und die Schwere der Erkrankung maßgeblich beeinflussen können und aufgrund des Aufwands von Ressourcen Auswirkungen haben auf das Gesundheitssystem. Verwiesen wird auf die bereits geltenden Kriterien im Falle von multiplem Organversagen im Endstadium sowie für die Aufnahme auf die Intensivstation.
5. Betont wird, dass „der vermeintliche oder hinterlassene Wille des Patienten (z. B. durch eine Patientenverfügung) berücksichtigt werden muss, insbesondere bei jenen Personen, die bereits eine Zeit der chronischen Krankheit durchlaufen haben und bei denen (gemeinsam mit den Betreuern) eine von allen geteilte Vorausplanung der Behandlung definiert wurde“.

6. Die Nichtaufnahme einer intensivmedizinischen Behandlung sowie die Entscheidung, eine Therapielimitation zu setzen, müssen „begründet, dokumentiert und kommuniziert“ werden und dürfen „die Intensität von ‚weniger invasiven‘ Therapien nicht verhindern“.
7. Die Entscheidung, aufgrund des extremen Ungleichgewichts zwischen Bedarf und Verfügbarkeit von Ressourcen eine Therapielimitation zu setzen, wird ausschließlich „durch die Außerordentlichkeit der Situation gerechtfertigt“.
8. „Im Fall von außerordentlich schwierigen Entscheidungen oder Unsicherheiten soll eine ‚Second Opinion‘ [...] durch sehr erfahrene Gesprächspartner [...] eingeholt werden.“
9. Die Aufnahmekriterien für die Intensivtherapie sollten bei jedem einzelnen Patienten „so früh wie möglich diskutiert und definiert werden“, nicht erst bei einer klinischen Verschlechterung oder aber bei Verknappung der Verfügbarkeit von Intensivplätzen.
„Eine eventuelle ‚Do not Intubate‘-Anordnung sollte in der Patientenkurve vermerkt sein, um im Falle einer rapiden klinischen Verschlechterung die Entscheidung zu leiten, auch wenn Kollegen, welche in die Planung des Patienten nicht eingeweiht sind oder ihn nicht kennen, im Dienst sind.“
10. Empfohlen wird „eine palliative Sedierung bei hypoxischen Patienten und deletärem Verlauf“ nach den bereits bestehenden Richtlinien sowie die Verlegung von Patientinnen und Patienten, bei denen absehbar ist, dass der „Sterbeprozess nicht kurz sein wird, [...] in ein weniger intensives Umfeld“.
11. „Alle auf [einer] Intensivstation aufgenommenen Patienten sollen als ‚ICU-Trial‘ eingeschätzt und vermerkt werden“, was eine tägliche Evaluierung „der Angemessenheit, des Therapieziels und der Verhältnismäßigkeit der Therapie“ zur Folge hat. Bei einer ungünstigen Evaluierung dürfen in einer „Situation eines massiven Auftretens von Patienten ein Therapierückzug bzw. eine Umstellung von einem intensiven auf ein palliatives Behandlungsziel nicht verzögert werden“.
12. „Eine Therapielimitation muss so weit als möglich mit dem Behandlungsteam besprochen und gemeinsam getragen werden und (wenn möglich) gemeinsam mit dem Patienten und/oder den Angehörigen besprochen werden. Sie muss in jedem Fall zeitgerecht erfolgen [...]“.

13. Die ressourcenaufwändige extrakorporale Lungenunterstützung ECMO¹³ „sollte im Falle eines massiven Patientenaufkommens nur für extrem ausgewählte Patienten mit einem vermeintlich raschen ‚Weaning‘¹⁴ vorbehalten“ sowie „im Idealfall auch nur in spezialisierten Zentren mit hohen ECMO-Fallzahlen durchgeführt werden, da sie dort verhältnismäßig weniger Ressourcen bindet als in Zentren mit weniger Erfahrung“.
14. Unterstrichen wird die Bedeutung von „Netzwerken zur Zusammenarbeit und zum Austausch zwischen Zentren und den einzelnen Mitarbeitern“ sowie für die Zeit nach Beendigung des Notstandes, „Zeit und Energie für Nachbesprechungen und Burnout- und ‚Moral Distress‘-Monitoring für die involvierten Berufsgruppen aufzuwenden“.
15. „Die Auswirkungen auf Familienangehörige von intensivtherapierten COVID-19-Patienten müssen berücksichtigt werden, vor allem wenn Patienten im Rahmen einer kompletten Besuchsbeschränkung versterben.“

3. Kritische Reaktionen und kontroverse Debatten

Die Empfehlungen der SIAARTI haben postwendend kontroverse, teils sehr emotional geführte Debatten ausgelöst. In manchen Medien wurde aufgrund der Empfehlung Nummer drei, zur Aufnahme auf die Intensivstation ein Alterslimit in Betracht zu ziehen (siehe oben), kolportiert, dass ältere Menschen grundsätzlich nicht mehr intensivmedizinisch behandelt bzw. im Falle einer schweren Lungenentzündung nicht mehr intubiert würden, was auch international Aufsehen erregt hat. Die SIAARTI-Verantwortlichen wurden sogar als „späte Nachkommen von Dr. Mengele“ bezeichnet und die Empfehlungen mussten gegen den Vorwurf „sozialdarwinistischer Altersdiskriminierung“ verteidigt werden (Ravera 2020).

13 Extrakorporale Membranoxygenierung.

14 Beatmungs- bzw. Respiratorentwöhnung.

3.1. Die ablehnende Reaktion der italienischen Ärzte- und Pflegekammer

Der Präsident der italienischen Ärztekammer FNOMCeO, Filippo Anelli, grenzte sich in einer Pressemitteilung am 8. März 2020 (vgl. FNOMCeO 2020) scharf von den SIAARTI-Empfehlungen ab und sprach von einer „inakzeptablen Kriegstriage“, die dem deontologischen Kodex der Ärztekammer widerspreche, wonach „alle Patientinnen und Patienten gleich sind und ohne jegliche Diskriminierung behandelt werden müssen“¹⁵. Er forderte die Ärzteschaft auf, die SIAARTI-Empfehlungen nicht zu befolgen, ohne jedoch differenzierend auf einzelne Aspekte des Positionspapiers näher einzugehen. Entscheidungsgrundlage, so Anelli, dürften allein die Grundprinzipien der italienischen Verfassung¹⁶, des deontologischen Kodex der Ärztekammer¹⁷ und des nationalen Gesundheitssystems sein. Mit dem allgemeinen Verweis auf den deontologischen Ärztekodex ließ er allerdings offen, wie tatsächlich zu verfahren sei, wenn Triage-Entscheidungen de facto unausweichlich werden sollten. Stattdessen forderte er, dass die Anwendung von Rationierungskriterien nur als *ultima ratio* in Betracht zu ziehen sei und zuvor einer kollegialen bioethischen Diskussion innerhalb des Berufsstandes und in der gesamten Gesellschaft bedürfe.

Anelli nannte das Positionspapier der SIAARTI allerdings einen „Grido di Dolore“, einen „Schmerzenschrei“, und verlieh seiner Hoffnung Ausdruck, dass dieser von den politisch Verantwortlichen gehört werde. Sie sollten alles unternehmen, um Ärzte vor solchen Triage-Entscheidungen zu bewahren. Deshalb forderte Anelli die sofortige Erhöhung der intensivmedizinischen Kapazitäten, appellierte zugleich aber auch an alle Bürgerinnen und Bürger, sich gewissenhaft an die nötigen, vom nationalen Gesundheitsdienst empfohlenen Maßnahmen zu halten, um Infektionen zu vermeiden.

15 Diese und alle folgenden Übersetzungen aus dem Italienischen durch den Verfasser.

16 In der öffentlichen Diskussion wurde in diesem Zusammenhang wiederholt auf den Artikel 32 der italienischen Verfassung Bezug genommen, worin sich die Republik verpflichtet, die Gesundheit „als Grundrecht des Einzelnen und als Interesse der Gemeinschaft zu hüten“.

17 Besonders Artikel 3: „Pflicht des Arztes ist der Schutz des Lebens, der körperlichen und geistigen Gesundheit des Menschen und die Linderung des Leidens unter Achtung der Freiheit und der Würde der menschlichen Person, ohne Diskriminierung aufgrund von Alter, Geschlecht, Ethnie, Religion, Nationalität, sozialer Lage, Weltanschauung, in Friedens- oder Kriegszeiten, unabhängig von den institutionellen oder sozialen Bedingungen, unter denen er tätig ist [...]“.

In die Debatte brachte sich am 10. März 2020 auch die Nationale Pflegekammer NFOPI ein und zwar auf derselben Linie wie der Ärztekammerpräsident (vgl. NFOPI 2020). Im Wesentlichen werden zwei Aspekte betont: Erstens, dass „jeder Patient das gleiche Recht auf Gesundheit und Zugang zur Pflege hat“ und zweitens, dass die Entscheidung, wem welche Therapie zugestanden wird, nicht ökonomischen Kalkülen unterliegen dürfe. Zwar wird eingeräumt, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit grundsätzlich eines von mehreren Kriterien beim Zugang zur Intensivpflege darstellt, es sei aber „unvorsichtig und unklug“, dieses Kriterium im Kontext der COVID-19-Pandemie zu betonen. Es dürfe nicht der Eindruck erweckt werden, dass es Menschenleben gäbe, die mehr bzw. weniger zählen würden als andere.

3.2 Zustimmungende Reaktionen auf das SIAARTI-Dokument

Die negativen Kritiken der italienischen Ärzte- und Pflegekammer blieben nicht unbeantwortet. Als Beispiele sollen die Repliken des Moralphilosophen Maurizio Mori, Mitglied des Nationalen Bioethikkomitees, vom 13. März 2020 sowie des Anästhesisten Davide Mazzon, Mitglied des Ethikkomitees der SIAARTI, vom 14. März 2020 angeführt werden.

Moris Replik (Mori 2020) kann an drei zentralen Argumenten dargestellt werden. Erstens kritisiert er, Anelli würde Gleichheit mit Identität verwechseln. Das Gleichheitsprinzip fordere gerade nicht, alle Patientinnen und Patienten gleich zu behandeln, sondern eine Behandlung so gut wie möglich zu personalisieren, um jedem Patienten die für ihn am besten geeignete Behandlung zuteil werden zu lassen. Bezugspunkt ist dabei die „gemeinsame Menschlichkeit“ („Comune Umanità“) jedes Patienten und die Pflicht, sein Leben zu schützen. Der in Artikel drei des deontologischen Ärztekodex¹⁸ genannte Schutz des Lebens aber verlange nicht die Erhaltung des Lebens um jeden Preis, sondern die Angemessenheit einer Behandlung in Bezug zu setzen zur konkreten Gesundheitssituation eines Patienten. Dies bedeutet kein Urteil über den Wert des Lebens eines Patienten, sondern über die Angemessenheit und Wirksamkeit einer Therapie, Leben nicht nur zu erhalten, sondern auch Lebensqualität zu gewährleisten. Das zweite Argument Moris ist deshalb der Paradigmenwechsel vom Schutz des Lebens hin zu einer Garantie einer guten Lebensqualität auch am Ende des Lebens, was die Beachtung des Patientenwillens, die Vermei-

18 Vgl. oben, Anmerkung 17.

dung des therapeutischen Übereifers sowie die moralische Erlaubtheit der freiwilligen Aussetzung von Therapien beinhaltet. Als drittes Argument verweist Mori schließlich auf das im SIAARTI-Dokument angeführte Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit im Kontext knapper Ressourcen.

Mazzon (Mazzon 2020) ging unter anderem auf die in der öffentlichen Debatte kontrovers diskutierte dritte Empfehlung des Alterslimits bei der Aufnahme auf die Intensivstation der SIAARTI ein. Er erläuterte sie, indem er die Zusammenschau der unterschiedlichen spezifischen klinischen Bedingungen als Kriterium dafür nannte, ob ein Patient bzw. eine Patientin eine intensivmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen kann. Dabei müssen, so Mazzon, das „biologische Alter (das sich vom kalendarischen Alter unterscheidet) wie auch der funktionelle Status und die begleitenden Pathologien von Patienten“ sowie die Frage, ob schwere Nebenwirkungen zu erwarten sind, berücksichtigt werden, besonders hinsichtlich des Umstandes, dass die an einer schweren Lungenentzündung erkrankten COVID-19-Patienten in der Regel zwei bis drei Wochen lang intubiert werden mussten. Auch unter den Bedingungen von Triage ist zu bedenken, dass

„unabhängig davon, ob Ressourcen verfügbar sind oder nicht, diese Einschätzungen zu der Überzeugung führen können, dass eine Einweisung auf die Intensivstation unnötig, manchmal sogar potenziell schädlich sein und der Patient von einer nicht intensiven oder palliativen Versorgung mehr profitieren kann.“

Den Vorwurf der Altersdiskriminierung jedenfalls wies er zurück:

„Das Alterskriterium ist nur einer der Parameter, auf die sich eine ‚Triage‘ für die Aufnahme auf die Intensivstation stützen kann. Tatsächlich können Bedingungen auftreten, bei denen auf der Grundlage der genannten Kriterien in ihrer Gesamtheit die Aufnahme eines zwar älteren Patienten, der jedoch ein besseres klinisches Bild aufweist, auf die Intensivstation indiziert sein kann.“

3.3 Zur Triage als konkreter Maßnahme

In vielen italienischen Krankenhäusern war Triage wochenlang eine notwendige Maßnahme. Wie bereits erwähnt, war aufgrund der hohen Rate von Neuinfektionen, der überdurchschnittlich langen Behandlungsdauer von Intensivpatienten und der mangelhaften intensivmedizinischen Kapazitäten eine klinisch angemessene Behandlung aller Patientinnen und Pati-

enten nicht möglich. Die seit 2012 geltenden ministeriellen Leitlinien zur Triage im Krankenhaus (Ministero della Salute 2012) mussten den veränderten Bedingungen der SARS-CoV-2-Infektionswelle angepasst werden. Die SIAARTI-Empfehlungen wollten dazu eine Hilfestellung bieten. Um die äußerst angespannte Situation in den Krankenhäusern zu entlasten, empfahlen das italienische Gesundheitsministerium und der nationale Gesundheitsdienst allen Bürgerinnen und Bürgern dringend, den Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (z. B. Notaufnahmen, ambulante und elektive Eingriffe) in nicht dringlichen Fällen einzuschränken. Die Task Force für Infektionskrankheiten empfahl zudem, infizierten Patienten häusliche Isolation aufzuerlegen und sie zu Hause zu behandeln sowie den Verlauf der Erkrankung mittels Selbstbeobachtung der Symptome zu überwachen (Semeraro 2020). Dadurch sollten einerseits eine Infizierung der betreuenden Hausärzte verhindert und andererseits Infizierte erst bei Verschlechterung ihrer Situation stationär aufgenommen werden.

Die schwierige und heikle Entscheidung, wer vorrangig intensivmedizinisch versorgt und wer nachrangig oder nur palliativ behandelt werden soll, mussten jedoch die Ärzte vor Ort treffen. Schlagzeilen im Sinne von „Ärzte entscheiden über Leben und Tod“ oder Berichte aus den Krankenhäusern, wonach „ältere Menschen Angst vor einer Verschlechterung ihrer Situation hätten, weil sie wüssten, im Notfall nicht intubiert zu werden“¹⁹, verunsicherten viele Menschen und weckten insbesondere die Befürchtung, dass ältere Menschen medizinisch benachteiligt würden.

Ärzte und Krankenhäuser haben bestätigt, dass Triage in der Tat als notwendige Maßnahme durchgeführt werden musste, jedoch wiederholt betont, dass das Alter allein kein Kriterium für die Nichtbehandlung eines Patienten oder einer Patientin darstellte. Beispielhaft seien zwei Stimmen genannt: Christian Salaroli, Anästhesist im Krankenhaus „Papst Johannes XXIII.“ in Bergamo, nannte drei ausschlaggebende Kriterien, nach denen auf seiner Station die Entscheidung über den Beginn einer intensivmedizinischen Betreuung getroffen wurden: Alter, klinisches Gesamtbild und die Abschätzung, ob ein Patient sich wieder von einer intensivmedizinischen Behandlung erholen werde (Imarisio 2020). Auch Marco Resta, stellvertretender Leiter der Poliklinik „San Donato“ in Mailand, nannte das Alter und die medizinische Gesamtverfassung eines Patienten als die zwei grundlegenden Entscheidungskriterien, als drittes hingegen die familiäre Situation: „Wir müssen wissen, ob ältere Patienten Familienangehörige ha-

19 So sinngemäß eine Krankenschwester im Bozner Krankenhaus in „Südtirol Heute“ (ORF) vom 31.03.2020 (aus dem Gedächtnis zitiert).

ben, die sich um sie kümmern können, nachdem sie die Intensivstation verlassen haben, da sie Pflege benötigen werden“ (Parodi et al. 2020).

Schließlich sei noch exemplarisch die modifizierte *Early-Warning-Score*-Entscheidungshilfe des Südtiroler Sanitätsbetriebs erwähnt, die unter anderem auf der Grundlage der SIAARTI-Empfehlungen erstellt worden ist (Frings/Verginella 2020).²⁰ Darin wird das Alterslimit von 75 Jahren im Zusammenhang mit einer fortgeschrittenen schweren Grunderkrankung als absolute Kontraindikation, mit einer schweren Grunderkrankung als relative Kontraindikation zur intensivmedizinischen Behandlung angewandt.

4. Das Positionspapier der Nationalen Bioethikkommission

Am 8. April 2020 schließlich veröffentlichte die Nationale Kommission für Bioethik CNB ihr Positionspapier mit dem Titel „Die klinische Entscheidung unter Bedingungen fehlender Ressourcen und das Kriterium der ‚Triage im pandemischen Notfall‘“. Grundsätzlich wird festgehalten, dass auch in der aktuellen COVID-19-Pandemie das „klinische Kriterium das einzige ethisch akzeptable Kriterium für klinische Entscheidungen“ ist. Andere Auswahlkriterien „wie Alter, Geschlecht, sozialer Stand und Funktion, ethnische Zugehörigkeit, Behinderung, persönliche Verantwortung für das Verhalten, das die Pathologie hervorgerufen hat, und Kosten“ werden als „ethisch nicht akzeptabel“ zurückgewiesen.

Für die Auswahl von Patienten durch „Triage im pandemischen Notfall“ werden drei Aspekte genannt:

1. Als Prämisse wird die *Preparedness* bezeichnet, d.h. die „Vorbereitung von Handlungsstrategien im Bereich der öffentlichen Gesundheit im Hinblick auf außergewöhnliche Bedingungen mit einer transparenten Verantwortungskette“;
2. die klinische Angemessenheit, d.h. die „medizinische Bewertung der Wirksamkeit der Behandlung im Verhältnis zu den klinischen

20 Die Entscheidungshilfe wird von der im Rahmen der COVID-19-Pandemie im Südtiroler Sanitätsbetrieb gegründeten landesweiten Organisationseinheit NAI/EMAR (Notfall-, Anästhesie und Intensivmedizin/Emergenza Medica, Anestesia e Rianimazione) verantwortet. Die Situation in Südtirol konnte nicht zuletzt dadurch entspannt werden, dass insgesamt ca. ein Dutzend COVID-19-Intensivpatientinnen und -patienten in Kliniken in Tirol und Vorarlberg transferiert werden konnten.

- Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten, in Bezug auf die Dringlichkeit und Schwere des Ausbruchs der Pathologie und die prognostische Möglichkeit der Genesung unter Berücksichtigung der Verhältnismäßigkeit der Behandlung“;
3. die Berücksichtigung der aktuellen Situation, sodass „die individuelle Beurteilung des in der Notaufnahme physisch anwesenden Patienten in die weitere Perspektive der ‚Gemeinschaft der Patienten‘ eingefügt“ werden muss. Dies bedeutet, dass die Standards der Allokationsgerechtigkeit eingehalten werden müssen.²¹ Als analoges Beispiel verweist die Ethikkommission ausdrücklich auf die Praxis im Organtransplantationswesen: Bei der Erstellung der Wartelisten der Transplantationsempfänger werden neben der Reihenfolge des Eintreffens bzw. der Wartezeit hauptsächlich Kriterien der medizinischen Dringlichkeit sowie des medizinischen Nutzens berücksichtigt. Zudem wird die Warteliste in regelmäßigen Abständen anhand dieser Kriterien überprüft.

Betont wird schließlich, dass „den am meisten gefährdeten Menschen, die sich möglicherweise der Gefahr ausgesetzt fühlen, vernachlässigt zu werden, insbesondere älteren Menschen eine besondere Aufmerksamkeit gilt“. Für sie werden nicht nur medizinische und klinische Betreuung, sondern auch soziale und menschliche Nähe und Begleitung gefordert.

Das bereits erwähnte Mitglied der CNB Maurizio Mori hat sich dem Positionspapier der CNB nicht angeschlossen und stattdessen ein eigenes Minderheitsvotum verfasst, das dem Positionspapier der CNB beigelegt worden ist. Darin verteidigt Mori die Empfehlungen der SIAARTI und bemängelt, dass es die CNB verabsäumt habe, konkrete Kriterien für den Fall der Unausweichlichkeit von Triage-Entscheidungen zu formulieren und damit dem einzelnen Arzt die ganze Last einer solchen Entscheidung auflasten würde. Entgegen der Position der CNB, dass das „klinische Kriterium das einzige ethisch akzeptable Kriterium für klinische Entscheidungen“, alle anderen Kriterien hingegen als ethisch inakzeptabel zurückgewiesen werden, verteidigte er die Position der SIAARTI als richtungsweisend, dass es in einer Notsituation erforderlich sein kann, sich „nicht strikt nach der klinischen Angemessenheit oder der Verhältnismäßigkeit der

21 In der Forderung, dass bei der Allokationsgerechtigkeit auch die physisch nicht anwesenden Patienten berücksichtigen werden müssen, sieht die Ethikkommission einen Unterschied zu Triage unter Normalbedingungen, welche laut den ministeriellen Anweisungen (Ministero della Salute 2012) die Erstellung der Wart- und Prioritätenliste nur die physisch anwesenden Patienten betrifft.

Therapie zu richten, sondern auch möglichst Verteilungsgerechtigkeit und die zweckmäßige Zuweisung von medizinischen Ressourcen in Betracht zu ziehen“.

Dass sich die Mitglieder der CNB zu keiner einheitlichen Position durchringen konnten, macht deutlich, dass die teils sehr emotional geführte Debatte nicht abgeschlossen ist und auch nach der COVID-19-Krise weiterzuführen ist.

Literatur

CNB [Nationale Kommission für Bioethik]: COVID-19 – La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del „trriage in emergenza pandemica“, in: http://bioetica.governo.it/media/3987/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carenza-di-risorse-e-il-criterio-del-trriage-in-emergenza-pandemica.pdf [07.05.2020].

Der Standard: Wie viele freie Betten es auf den Intensivstationen gibt, in: <https://www.derstandard.at/story/2000116166737/freie-betten-auf-den-intensivstationen> [07.05.2020].

Deutsches Statistisches Bundesamt: Pressemitteilung Nr. 119 vom 02.04.2020, in: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/04/PD20_119_231.html;jsessionid=744BB4DF375AB2B871D0FB735D397C29.internet8732 [07.05.2020].

FNOMCeO [Nationale italienische Ärztekammer]: Nostra guida resta Codice deontologico, in: http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=82263 [07.05.2020].

Frings, Simon/Verginella, Francesca – NAI/EMAR: EWS – Early Warning Score Modified (Südtiroler Sanitätsbetriebe/Notfallmedizin), Version 1.0 vom 24.03.2020.

Imarisio, Marco: „Negli ospedali siamo come in guerra“. Intervista con Christian Salaroli, in: https://www.corriere.it/cronache/20_marzo_09/coronavirus-sceglia-mo-chi-curare-chi-no-come-ogni-guerra-196f7d34-617d-11ea-8f33-90c941af0f23.s.html [16.05.2020].

Johns Hopkins University: COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE), in: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6> [09.05.2020].

Mazzon, Davide: Le questioni etiche nella gestione della emergenza „COVID 19“. Quale contributo dal documento della SIAARTI, in: <https://www.consultadibioetica.org/covid-19/> [07.05.2020].

Ministero della Salute: Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero (2012), in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_1_file.pdf [16.05.2020].

- Ministero della Salute: Annuario Statistico del Servizio Sanitario 2017, in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf [07.05.2020].
- Ministero della Salute: Covid-19 Bollettino del 26.05.2020, in: <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus> [26.05.2020].
- Mori, Maurizio: Le Raccomandazioni degli anestesisti e la fine dell'eguaglianza ipocritica, in: http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82530 [07.05.2020].
- NFOPI [Nationale italienische Kammer für Pflegeberufe]: SSN non lasci solo nessuno, in: https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=82353 [07.05.2020].
- Österreichisches Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz: Amtliches Dashboard COVID19, in: <https://info.gesundheitsministerium.at/dashboard.html?l=de> [07.05.2020].
- Parodi, Emilio/Aloisi, Silvia/ Barbaglia Pamela: „Va tutto bene“. In Italia triage e bugie per i malati di coronavirus, in: <https://it.reuters.com/article/idITKBN2142UL> [16.05.2020].
- Ravera, Bruno: Nel documento degli anestesisti nessun darwinismo sociale, in: http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=82838 [11.05.2020].
- Semeraro, Federico et al.: New Early Warning Score: off-label approach for Covid-19 outbreak patient deterioration in the community, in: *Resuscitation* 151, 24–25; DOI: 10.1016/j.resuscitation.2020.04.018.
- Setti, Leonardo et al.: Searching for SARS-COV-2 on Particulate Matter. A Possible Early Indicator of COVID-19 Epidemic Recurrence, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (2020), 2986; DOI: 10.3390/ijerph17092986.
- Vergano, Marco et al. – SIAARTI: Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili in: https://www.consultadibioetica.org/wp-content/uploads/2020/03/3_SIAARTI-Covid19-Raccomandazioni-di-etica-clinica.pdf [07.05.2020]; leicht modifizierte englische Übersetzung: Clinical ethics recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. The Italian perspective during the COVID-19 epidemic, in: *Critical Care* 24 (2020) Artikel 165; DOI: doi.org/10.1186/s13054-020-02891-w.
- Statista: Letalitätsrate beim Coronavirus (COVID-19) in den am stärksten betroffenen Ländern, in: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1103785/umfrage/mortalitaetsrate-des-coronavirus-nach-laendern/#statisticContainer> [07.05.2020].

Knappe Ressourcen in der Katastrophe und erhöhte Anforderungen im intensivmedizinischen Alltag

Wolfgang Kröll

1. Einleitung

Das Auftreten eines außergewöhnlichen Ereignisses erfordert außergewöhnliche Mittel zu dessen Bewältigung. Die weltweite Verbreitung der Lungenerkrankung COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) hat die Weltbevölkerung, insbesondere aber die politisch Verantwortlichen, in Angst und Schrecken versetzt und es wurden und es werden Maßnahmen getroffen, die möglicherweise weit über das Ziel hinausgeschossen haben^{1,2}.

Unbestritten ist, dass sich zahlreiche Menschen im Rahmen dieser Pandemie (zu definieren als eine länder- und kontinentübergreifende Ausbreitung einer Infektionserkrankung) weltweit mit diesem Virus infiziert haben, dass zahlreiche Menschen weltweit verstorben sind – ob sie nun mit dem Virus oder am Virus verstorben konnte bislang flächendeckend nicht nachgewiesen werden –; unbestritten ist auch, dass manche infizierte Menschen eine intensivmedizinische Behandlung benötigt haben.

Nun ist das Niveau der medizinischen Behandlung weltweit unterschiedlich. Um dies bestätigt zu erhalten, braucht man nicht auf die Zahlen der sog. Drittländer zu blicken, man braucht den Blick nicht einmal über Europa, nicht einmal über Mitteleuropa hinaus richten. Vergleicht man nur Österreich mit Italien, hat man zwei benachbarte Staaten, die über wesentlich unterschiedliche Gesundheitseinrichtungen verfügen. Dies bedeutet, dass kranke Menschen bereits in diesen beiden Staaten auf unterschiedlichem Niveau behandelt wurden³. Die Krankheit, der Krankheitsverlauf und der Tod eines Menschen sind dann nicht mehr vergleichbar. Das aber hat niemand davon abgehalten hat, die Bevölkerung hierzulande mit der Annahme in Angst und Schrecken zu versetzen, dass, wenn die Ausbreitung in ähnlicher Weise voranschreiten würde wie in Italien, wir – die Bürgerinnen und Bürger eines Staates – zu befürchten hätten,

1 Vgl. Taupitz, Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise.

2 Vgl. Buyx, A./Lipp, V., Orientierungshilfen in der Corona-Krise.

3 Siehe dazu auch den Beitrag von Ploner in diesem Band.

dass auch unser Gesundheitssystem über unzureichende intensivmedizinische Ressourcen verfüge und es daher zwangsläufig zu Triage-Situationen, d.h. einer Bewertung kranker Menschen im Hinblick auf die Zuteilung bzw. die Vorenthaltung von medizinischen Ressourcen, kommen müsste.

2. Triage und ihre Auswirkungen

2.1 Triage allgemein

Die Ankündigung in Zeiten einer Pandemie, in der viele Menschen betroffen sind, in der viele Menschen befürchten, infiziert zu werden, es werde bei Fortschreiten der Infektion zu einem Engpass an Spitalsbetten und insbesondere an Intensivbehandlungsbetten kommen und man werde daher die betroffenen, schwer erkrankten Menschen „trigieren“ müssen, d.h. man werde eine Auswahl treffen müssen, welchem Kranken man ein Intensivbett bzw. ein Beatmungsgerät zur Verfügung stellt, derartige Aussagen gleichen politischem Schwachsinn und bewirken nur eines: steigende Angst in der Bevölkerung. Denn zumindest für die potenziell betroffene Bevölkerung erscheint es so, dass man mit der „Triage“ nun ein neues Instrument zur Auswahl von kranken Menschen entwickelt, denen man eine medizinische Unterstützung zu teil werden lässt, während man andere Betroffene davon ausnimmt. Dieser Begriff und das damit verbundene Vokabular wurden einfach in den Medien platziert, ohne darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um ein schon lange gebrauchtes Tool in der Patientenselektion im Kriegsfall und in Katastrophensituationen handelt, vor allem aber auch, ohne den potenziell Betroffenen mitzuteilen, nach welchen Kriterien man eine solche Evaluierung durchführen wird bzw. durchführen wird müssen^{4,5}.

Triage ist nichts Neues. Die „Sichtung“ von Patienten im Sinn einer Auswahl, welche von ihnen man aufgrund beschränkter Ressourcen einer gezielten Behandlung zuführen kann, eine solche Vorselektion ist grundsätzlich seit Langem bekannt. Wahrscheinlich reicht sie bis an den Beginn der Menschheit zurück, es kann nur nicht bewiesen werden. Bewiesen werden hingegen kann, dass die Sichtung von Verwundeten und Schwerverletzten in der Militärgeschichte im Zusammenhang mit kriegerischen

4 Vgl. Lippelt et al., Vorbereitung auf medizinische Großschadensereignisse.

5 Vgl. Gredenort, Begrenzte Ressourcen – die Allokationsproblematik beim Massenansturm von Verletzten.

Auseinandersetzungen integraler Bestandteil der ärztlichen Versorgung von Soldaten war. Urkundlich erwähnt bereits im 16. Jahrhundert zieht sich diese Thematik herauf bis in das 20. Jahrhundert, wo das Thema der Sichtung von Verletzten im Zusammenhang mit der Entwicklung der Notfall- und Katastrophenmedizin erneut Bedeutung erlangte⁶.

Massenunfälle und Katastrophen stellten die Mitarbeiter von Rettungsdiensten schon immer vor eine enorme Herausforderung. Eine große Zahl von Verletzten unterschiedlichen Ausmaßes machte es notwendig, von einem individualmedizinischen Versorgungskonzept Abstand zu nehmen und Überlegungen anzustellen, wie man trotzdem eine maximale Zahl an betroffenen Menschen unter den gegebenen Bedingungen versorgen konnte.

Eine „Sichtung“ wird in diesem Zusammenhang definiert als die ärztliche Beurteilung und Entscheidung über die Priorität der medizinischen Versorgung von Patienten hinsichtlich Art und Umfang der Behandlung sowie über Zeitpunkt, Art und Ziel des Transportes. Damit wird aber auch ersichtlich, dass trotz eingeschränkter personeller, medikamentöser, materieller und weiterer organisatorischer Ressourcen es immer die medizinische Versorgung der verletzten und/oder erkrankten Menschen ist, die im Vordergrund und im Mittelpunkt einer medizinischen Behandlung, auch unter den Bedingungen des Massenanfalls von Verletzten und/oder einer Katastrophe, steht⁷.

Um bei einem Massenanfall von Verletzten und/oder erkrankten Personen aus dem Chaos der ersten Minuten und Stunden zu einem weitgehend geordneten Systemablauf zu kommen, bedarf es nun einmal auch der Kategorisierung dieser betroffenen Menschen. Primäres Ziel einer solchen Triage ist die Festlegung des Versorgungsauftrages und des Versorgungsumfanges – erst danach kann auch eine Festlegung der Transportpriorität erfolgen.

6 Vgl. Sefrin, Sichtung – zentrales Element zur Bewältigung eines Großschadens und einer Katastrophe.

7 Vgl. Sefrin, Sichtung – zentrales Element zur Bewältigung eines Großschadens und einer Katastrophe.

Über die folgenden Versorgungs- resp. Sichtungskategorien herrscht Einstimmigkeit:

Sichtungskategorien		
I	akute, lebensgefährdende Bedrohung	Sofortbehandlung
II	schwer verletzt / erkrankt	dringende Behandlung
III	leicht verletzt / erkrankt	spätere (ambulante) Behandlung
IV	ohne Überlebenschance	betreuende / abwartende Behandlung
	Tote	Kennzeichnung / Registrierung

2.2 Triage als Schreckgespenst

Das Erfordernis, mittels Triage bzw. mittels Sichtung knappe Ressourcen einer großen Menge an kranken und verletzten Menschen zuzuteilen, stellt für einen Krankenhausbetreiber zwar kein Schreckgespenst, dennoch aber eine ernst zu nehmende Herausforderung dar. Dass unerwartet und unangemeldet plötzlich eine Vielzahl an Patienten in der Notaufnahme einer Krankenanstalt eintrifft, die schließlich auch noch adäquat versorgt werden muss, gehört sicherlich nicht zum klinischen Alltag. Aber es gibt genügend Beispiele, dass solche Situationen existieren und sie bewältigt werden können.

Als ein Beispiel sei die Flugzeugkatastrophe von Ramstein genannt. Am 28. August 1988 kollidierten auf der von den Vereinigten Staaten in Ramstein bei Kaiserslautern (Rheinland-Pfalz) betriebenen Air Base während einer militärischen Flugschau drei Kunstflugmaschinen und stürzten daraufhin ab. Die Zahl der anwesenden Besucher wurde auf mehr als 300.000 geschätzt. Eines der Flugzeuge rutschte brennend ins Publikum, ein zweites traf einen in Notfallbereitschaft stehenden Hubschrauber. Dem Unglück fielen nach offiziellen Angaben 70 Menschen zum Opfer, 66 Flugtagbesucher, der Hubschrauberpilot sowie die drei Piloten der abgestürzten Flugzeuge. Zusätzlich gab es etwa 1000 Verletzte. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Betroffenen kam es zu großflächigen Verbrennungen der Haut, die zum baldigen Tod oder zu Behinderungen bzw. Entstellungen, teilweise auf Lebenszeit, führten. Die Katastrophe von Ramstein ge-

hört zu den folgenschwersten Katastrophen dieser Art weltweit und hatte weitreichende Konsequenzen für die Organisation des Notfallrettungswesens, die Opfer- und Helfernachsorge sowie die Durchführung von Flugschauen in Deutschland, Europa und den USA⁸.

Am 3. Juni 1998 ereignete sich auf der Bahnstrecke Hannover–Hamburg am Streckenkilometer 61 in der Gemeinde Eschede (Niedersachsen) ein Eisenbahnunfall infolge der Entgleisung des ICE 884 „Wilhelm Conrad Röntgen“. Dabei kamen 101 Menschen ums Leben, 88 wurden schwer und 106 Mitreisende leicht verletzt. Es handelte sich um den bislang schwersten Eisenbahnunfall in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland sowie um den schwersten Hochgeschwindigkeitszugunfall weltweit. Alle Schwerverletzten wurden innerhalb der nächsten Stunden in die umliegenden Krankenhäuser transportiert und konnten dort auch adäquat versorgt werden, obwohl, und dies soll als krasser Gegensatz zur Panikmache in der Corona-Krise herausgestellt werden, die Versorgung zu einem Zeitpunkt geschehen musste, an dem das operative Hauptprogramm des Tages abzuarbeiten war⁹.

Die Costa Concordia, ein so genanntes Post-Panamax-Kreuzfahrtschiff, war zum Zeitpunkt ihrer Indienststellung das größte Kreuzfahrtschiff Italiens. Es gehörte der italienischen Reederei Costa Crociere, die Teil des britisch-US-amerikanischen und weltgrößten Kreuzfahrtunternehmens, Carnival Corporation & plc, ist. Am 13. Jänner 2012 kam es zu der bekannten Katastrophe vor der Insel Giglio mit ca. 1400 Einwohnern. Da dort nicht alle Passagiere untergebracht werden konnten, brachte man noch in der Nacht mit allen verfügbaren Fähren viele Gerettete auf das Festland nach Porto S. Stefano. Nach Abschluss der eigentlichen Bergungsaktion wurden im Lauf des 15. Januar noch drei Überlebende aus dem Schiffsrumpf gerettet, ungefähr 50 Personen wurden zu diesem Zeitpunkt vermisst. Rund dreißig Menschen wurden verletzt. 12 Personen starben noch während der Rettungsaktion oder wurden tot aus dem Meer geborgen. Für die weitere Suche nach Opfern wurde auch ein Tauchroboter eingesetzt. Im Verlauf der Suchaktion wurden bis Ende März 2012 weitere achtzehn Todesopfer im Wrack entdeckt. Damit belief sich die Zahl der gefundenen Leichen auf 30, die Mitte April alle identifiziert waren¹⁰.

Zu weiteren bisherigen Großschadensereignissen zählen u.a. der Absturz eines ungarischen Autobusses auf der Tauernstraße in Trieben

8 Vgl. Seelmann-Eggebert, Die Flammenhölle von Ramstein.

9 Vgl. Spiegel.de, ICE-Unglück von Eschede.

10 Vgl. Straub, Italiens Trauma nach der Havarie der Costa Concordia.

(1991), das Bergwerksunglück in Lassing (1998), ein verunglückter Reisebus bei Windischgarsten, OÖ (1998), ein Murenabgang in Haus/E. (1999), ein Großbrand einer Diskothek in St. Agatha, OÖ (1999), ein Reisebusabsturz in der Nähe von Admont (2007), die Evakuierung des Kleinsölktales nach schweren Unwettern (2010), die Entgleisung eines Schnellzuges bei Trieben (2012), Unwetterkatastrophen im Paltental (Juni u. Juli 2012), sowie ein Schneechaos im Bezirk Liezen (Jänner 2019).

Alle diese Beispiele belegen, dass erstens Sichtung ein unumgängliches und wichtiges Instrument zur Versorgung einer Vielzahl von Verletzten und/oder Erkrankten ist und dass zweitens in keinem dieser Fälle die lokalen Krankenanstalten, trotz der großen Anzahl an mehr oder weniger gleichzeitig antransportierten Patientinnen und Patienten, mit der Grund-, aber auch nicht mit der intensivmedizinischen Versorgung überfordert waren.

3. *Der Umgang mit knappen Ressourcen*

Selbst wenn man davon ausgeht, dass Österreich und Deutschland zu den Ländern Europas gehören, die ihrer Bevölkerung beste Gesundheitsleistungen anbieten können, darf dennoch nicht übersehen werden, dass es auch hier nicht möglich ist, sich im Hinblick auf Gesundheitsleistungen einfach nach persönlichen Wünschen zu bedienen. Es sind vielmehr nicht nur die Ressourcen begrenzt, sondern auch die Gesellschaft hat in Form des Gesetzgeber bestimmte Grenzen in der Vergabe von Gesundheitsleistungen eingezeichnet, die jeden Rechtsträger eines Krankenhauses, sei es ein öffentlicher oder ein konfessioneller, aber auch jeden Arzt dazu verpflichten, Ressourcen nicht zu verschwenden, sondern *gezielt* den Vorgaben gemäß einzusetzen¹¹.

3.1 *Ressource Intensivbett*

Die Corona-Pandemie hat wie ein Damoklesschwert das möglicherweise nicht verfügbare Intensivbehandlungsbett inklusive eines Beatmungsgerätes über der österreichischen, aber auch über der deutschen Bevölkerung schweben lassen. Rückblickend muss man sich folgerichtig der Frage stellen, ob es in Österreich und in Deutschland eine zu geringe Bettenkapazi-

11 Vgl. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) idgF BGBl. I Nr. 31/2020.

tät an Normal-, aber auch an Intensivbetten gab bzw. gibt. Letztlich geht es dabei um die Frage, ob der jeweilige Staat die medizinische Versorgung seiner Bürger gewährleisten kann.

Nun stellen Spitalsbetten im Allgemeinen und Intensivbehandlungsbetten im Besonderen in Österreich, aber auch in Deutschland, *keinen* limitierenden Faktor für eine dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Behandlung von kranken Menschen dar. Dies ergab eine rezente, von der OECD im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie veröffentlichte Studie¹².

Österreich steht vielmehr im OECD-Schnitt vergleichsweise gut da, wenn es um Akut- und Intensivbetten in Krankenhäusern geht, wie eine weitere aktuelle OECD-Kurzstudie zur Corona-Pandemie zeigt¹³. Bei den Akutbetten liegt Österreich bei den verfügbaren Betten pro Einwohnerzahl auf Platz fünf der untersuchten Länder, bei den Intensivbetten gar auf Platz zwei hinter Deutschland.

Besonderes Augenmerk muss in Zusammenhang mit dem Coronavirus den Intensivbetten gelten, die zum Flaschenhals der medizinischen Versorgung werden könnten. Eine vorläufige Analyse der jüngsten öffentlich verfügbaren Daten deutet laut OECD darauf hin, dass die Kapazitätsunterschiede in zehn OECD-Ländern enorm sind: An der Spitze liegt Deutschland mit 33,3 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern, gleich dahinter liegt Österreich mit 28,9 Intensivbetten pro 100.000 Menschen, dahinter folgen die USA (25,8) und Frankreich (16,3).

Der OECD-Schnitt liegt bei 15,9. Schlusslichter sind Italien (8,6), Dänemark (7,8) und Irland (5,0). Anzumerken ist, dass für diese Statistik unterschiedliche Jahreszahlen herangezogen werden mussten. Während der Stand in Italien aktuell ist, musste für Dänemark die verfügbare Zahl aus dem Jahr 2014 herangezogen werden, die österreichischen Kapazitäten gibt die OECD mit Stand 2018 an¹⁴.

Diese Zahlen beweisen doch eindeutig, dass weder in Österreich, noch in Deutschland, Intensivbehandlungsbetten Mangelware darstellen. Zu jedem Zeitpunkt der Corona-Pandemie standen in Österreich und in Deutschland der hiesigen Bevölkerung ausreichend Normal- und Intensivbetten zur Verfügung, die darüber hinaus nur zu einem geringen Prozentsatz genutzt wurden. In Österreich waren während der Krise maximal 25 %

¹² Vgl. OECD, Hospital beds.

¹³ Vgl. OECD, Beyond Containment.

¹⁴ Vgl. Gesundheit Österreich, Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich.

der zur Verfügung stehenden Intensivbehandlungsbetten belegt. Deutschland konnte französische Patienten aufnehmen, die in diesem Land wegen eines Mangels an Intensivbetten nicht adäquat behandelt werden konnten und auch Österreich hat italienischen Staatsbürgern Intensivbetten für eine Akutbehandlung zur Verfügung gestellt.

Nun ist auf den Unterschied zwischen dem Massenanfall an Verletzten und Kranken bei einer Katastrophe und im Rahmen einer Pandemie wie der Corona-Krise hinzuweisen. In Katastrophenfällen ereignet sich der Anfall an verletzten und erkrankten Menschen akut und ist nicht vorhersehbar. Auch wenn sich solche Vorfälle in Simulationen durchspielen lassen, gibt es hier immer eine Differenz zum tatsächlichen Ernstfall und seiner Realität, und sei es nur eine hinzukommende, widrige Wetterlage.

Dagegen war die Corona-Krise weitgehend planbar. Es war lange vorher erkennbar, dass diese Virusinfektion auch in Österreich und in Deutschland auftreten wird und es war daher auch möglich, den Routinebetrieb von Krankenhäusern entsprechend zu reduzieren und damit eine ausreichende Zahl an Normal- und Intensivbetten zur Verfügung zu stellen, Betten, die rückblickend jedoch zu keiner Zeit benötigt wurden¹⁵.

All dies zeigt nochmals, dass es unsinnig war, das Thema Triage in unseren Ländern überhaupt anzusprechen. Es war durch die Entwicklung der Infektion nämlich frühzeitig erkennbar, worauf auch zahlreiche Wissenschaftler hingewiesen hatten, dass in Österreich und in Deutschland keine höhere Zahl an Intensivbetten benötigt würde.

3.2 *Knappe Ressource Personal*

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitsberufen sind grundsätzlich eine knappe Ressource. Die Ursachen dafür sind multifaktoriell und können in diesem Zusammenhang nicht ausführlich dargestellt werden. Das Problem wurde von Verfasser bereits in einem anderen Zusammenhang ausführlich diskutiert¹⁶.

Auch wenn die Dichte an Ärzten und Pflegepersonen, die der österreichischen Bevölkerung zur Verfügung steht, im Vergleich zum europäischen Durchschnitt sehr beruhigend wirkt, ist dennoch festzuhalten, dass im Hinblick auf den klinischen Alltag hier keineswegs von einem Überan-

15 Siehe dazu auch das Interview von Kröll mit Tax, Falzberger und Köle in diesem Band.

16 Vgl. Kröll, Allokationsentscheidungen am täglichen Arbeitsplatz.

gebot gesprochen werden kann. Sowohl im intra- wie im extramuralen Bereich kann es vielmehr in gewissen Bereichen sehr wohl zu einer Knappheit kommen.

Ganz anders jedoch im Rahmen der derzeit abgelaufenen Pandemie. Wie sich aus den Aussagen des Direktoriums einer Universitätsklinik ergibt¹⁷, bestand zu keinem Zeitpunkt der klinischen und medizinischen Krisenbewältigung ein Mangel an Ärzten und Pflegepersonen. Ganz im Gegenteil – weil während der Pandemie elektive Operationen und auch andere geplante und planbare medizinische Behandlungen kaum durchgeführt wurden, stand immer ausreichend Personal für die Behandlung und Betreuung von infizierten Menschen zur Verfügung. Zahlreiche Mitarbeiter mussten sogar nicht täglich an ihren Arbeitsplatz kommen, sondern standen als Reserve für den Fall zur Verfügung, dass in der Behandlung und Betreuung eingesetztes Personal akut erkrankt wäre. Obwohl dies auch geschah, konnte von der Führung des Krankenhauses doch gewährleistet werden, dass alle stationären, aber auch alle ambulant versorgten, Patienten dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend behandelt und betreut werden konnten.

3.3 Knappe Ressource Arzneimittel und Medizinprodukt

Der Massenanfall von infizierten und erkrankten Menschen, noch dazu in einer derart großen Anzahl, wie es bei der Erkrankung COVID-19 der Fall war, mag verständlicherweise auch Befürchtungen schüren, es könnten die erforderlichen *Medikamente* und *Medizinprodukte*, die einerseits für die Behandlung der Infektion, andererseits für die Behandlung und Betreuung chronisch kranker Menschen benötigt werden, zu einem knappen Mittel werden. Eine derartige Befürchtung war und ist nicht vollkommen unbegründet.

Wie aus den von Kröll und Platzer geführten Interviews hervorgeht, kam es zumindest am Beginn der Ausbreitung der Infektion, angesichts der von der Bundesregierung angeordneten Präventivmaßnahmen, zu Engpässen. Mundmasken für die Bevölkerung und entsprechende Schutzausrüstung für das medizinische Personal waren sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Ordinationen niedergelassener Allgemeinmediziner und Fachärzte Mangelware. Erst allmählich ist es gelungen, derartige Schutzausrüstungen in Österreich selbst zu fertigen, insbesondere für das

17 Siehe dazu das Interview von Kröll mit Tax, Falzberger und Köle in diesem Band.

medizinische Personal. Denn bereits der Antransport aus dem nahegelegenen Ausland wurde zum Problem. Der Lieferstopp bereits bestellter Medizinprodukte aus der Bundesrepublik Deutschland wurde bekanntlich damit begründet, dass man die Schutzausrüstungen für das eigene medizinische Personal benötige, was zeigt, dass in der Krise sich jeder selbst der Nächste ist.

Dass Ähnliches sich bei der Lieferung bzw. dem Verfügung-Stellen von Medikamenten ereignet hätte, ist nicht bekannt. Dennoch ist es durchaus denkbar, dass auch Medikamente Mangelware werden. Der entscheidende Grund dafür liegt darin, dass – aus ökonomischen Überlegungen – die Produktion von Medikamenten bzw. die Herstellung der Grundstoffe, die zur Produktion benötigt werden, vielfach in asiatische Staaten ausgelagert wurde. Im Rahmen einer kriegerischen Auseinandersetzung bzw. einer pandemischen Infektion wäre es dann durchaus denkbar, dass auch dringend benötigte Medikamente Mangelware werden könnten. Vergleichbares gilt auch für die erforderliche Durchführung klinischer Studien, die zur Einführung von Medikamenten notwendig sind und die ebenfalls vielfach nicht mehr in Europa, sondern z.B. in Asien durchgeführt werden. Es geht dabei nicht um Zweifel an der Korrektheit des Studiendesigns, sondern darum, dass Zulassungen dieser Medikamente in Europa entweder überhaupt nicht oder nur sehr zeitverzögert möglich sind, wenn die entsprechenden Studien nicht vorliegen¹⁸.

Man sollte daher die Corona-Pandemie zum Anlass nehmen, aus gesellschaftspolitischen, aber auch aus wirtschaftlichen Gründen zu überlegen, die Produktion von Grundstoffen, die man für die Herstellung von Medikamenten benötigt, aber auch die Produktion von Medizinprodukten, die für die Aufrechterhaltung der Gesundheit im Sinne von Prävention und Behandlung erforderlich sind, wiederum stärker nach Europa zu verlegen. Europa war einmal mit an der Spitze, was die innovative Produktion von Medikamenten und Medizinprodukten betrifft. Es gibt keinen Grund – außer Gewinnstreben –, dass dies in Zukunft nicht wieder möglich wäre.

4. Knappe Ressourcen im klinischen Alltag

Die Diskussion um Sichtung und Triage verliert ihre gegenwärtige Brisanz im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie, wenn man bedenkt, dass wertende Entscheidungen in der Behandlung kranker Menschen von Ärz-

18 Vgl. Laslop, Arzneimittelmarkt und Gerechtigkeit.

tinnen und Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen täglich durchgeführt werden müssen^{19,20}.

4.1. Knappe Ressource Intensivbett

Ungeachtet der Ausführungen in Abschnitt 3.1 können Intensivbehandlungsbetten in den Krankenanstalten Österreichs im klinischen Alltag immer wieder zu einer knappen Ressource werden. Der Grund liegt darin, dass Menschen mit unterschiedlichen Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sehr häufig, zumindest für den Zeitraum der akuten Erkrankungsphase, eine Behandlung und Betreuung auf einer Intensivstation benötigen. Dazu kommen Patienten, die sich ausgedehnten operativen Eingriffen zu unterziehen haben und hier nochmals die Gruppe älterer und damit in vielen Fällen multimorbider Menschen. Für Letztere gehen medizinische Behandlungen resp. operative Eingriffe allgemein mit einer Erhöhung des perioperativen Risikos einher und sie benötigen daher, wenn auch nur für einen überschaubaren Zeitraum, ein Intensivbehandlungsbett und möglicherweise auch eine Beatmungsmaschine.

Damit können auch scheinbar in genügender Anzahl verfügbare Intensivbehandlungsbetten situationsbedingt plötzlich zu einer knappen Ressource werden. Der behandelnde und verantwortliche Intensivmediziner hat dann an Hand bestimmter Kriterien zu entscheiden, welchem Patienten das verfügbare Intensivbehandlungsbett zugesprochen werden kann, was bedeutet, dass entweder ein zweiter Patient nicht auf eine Intensivstation verlegt werden kann, oder ein anderer die Intensivstation mangels ausreichender Bettenanzahl verlassen muss. Das dadurch möglicherweise die Heilungschancen eines Patienten gemindert werden, liegt auf der Hand und wird auch im klinischen Alltag in Kauf genommen²¹.

Eine Alternative wäre z.B., einem Patienten einen elektiven Eingriff, den er dringend benötigt, vorzuenthalten. Wird er aber, obwohl er den Eingriff dringend benötigt, von der Liste der zu operierenden Patienten gestrichen und für längere Zeit auf eine Warteliste gesetzt, hat dies zur Folge, dass er möglicherweise längere Zeit starke Schmerzen erleiden muss oder sogar auf der Warteliste verstirbt. Auch diese Entscheidung muss vom

19 Vgl. Christ et al., Bedeutung der Triage in der klinischen Notfallmedizin.

20 Vgl. Groening, Der alte Mensch im Notfallzentrum.

21 Vgl. Prien, Bestimmung des Therapieausmaßes.

behandelnden und verantwortlichen Arzt getroffen und die Folgen müssen von ihm in Kauf genommen werden²².

Man steht hier vor Situationen außerhalb einer Katastrophe und außerhalb einer Pandemie, in denen Entscheidungen erforderlich sind, die möglicherweise zuungunsten eines Patienten, im schlimmsten Fall zuungunsten beider betroffenen Patienten ausgehen. Denn es ist ja keineswegs sicher, dass der Krankheitsverlauf für jenen Patienten, der weiter im Intensivbehandlungsbett betreut wird, sich günstig gestaltet.

4.2 *Knappe Ressource Personal*

Im klinischen Alltag der durchschnittlichen Kliniken und Krankenhäuser gibt es derzeit kaum Personalreserven. Vielmehr ist die Personalausstattung in den ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen knapp. Das hat zur Folge, dass Ausfälle an Personal, aus welchen Gründen auch immer, vom vorhandenen Personal kompensiert werden müssen. Dass dies weder zum Vorteil für die medizinische und pflegerische Behandlung und Betreuung der Patienten ist, noch zur Zufriedenheit der Mitarbeiter beiträgt, liegt auf der Hand. Kurzfristig sind derartige Kompensationen natürlich möglich und werden von den Mitarbeitern auch toleriert und mitgetragen, längerfristig jedoch führt es zur Unzufriedenheit, Demotivation und Burn-out der Betroffenen.

4.3 *Knappe Ressource Medikament*

Auch bei der Verabreichung von teuren Medikamenten können verantwortliche Ärzte dazu gezwungen sein, zu entscheiden, welchem Patienten – bzw. ob einem bestimmten Patienten überhaupt – diese Medikamente appliziert werden sollen. Diese Verantwortung überträgt der Gesetzgeber an den behandelnden Arzt in Form der Prämisse, dass eine Krankenbehandlung ausreichend und *zweckmäßig* sein muss und dass sie das *Maß des Notwendigen nicht überschreiten* darf (§ 133 ASVG idgF). Diese Vorgabe ist keineswegs nur abstrakte Theorie, vielmehr wurde erst vor Kurzem einem minderjährigen Patienten, der an einer wahrscheinlich unheilbaren Muskelerkrankung litt, ein Medikament verweigert, welches pro Anwendung

22 Vgl. Heppner et al., Intensivmedizin im Alter.

etwa € 70.000.- kostet.²³ Die Begründung lautete, dass die wiederholte Anwendung dieser Substanz weder eine Heilung noch eine Verbesserung der derzeitigen Situation ermöglichen werde. Mit anderen Worten kam es hier zu einer Triage im klinischen Alltag zu Lasten eines schwer kranken Patienten, ausgelöst durch eine entsprechende Rechtsnorm.

5. Zusammenfassung

Das Corona-Virus hat in den letzten Monaten sowohl im gesellschaftlichen Leben der Menschen, als auch das Gesundheitssystem vieler europäischer Länder betreffend, Einiges verändert. Ein laues Lüftchen einer grippalen Infektion ist zum Hurrikan einer Pandemie angewachsen. Zahlreiche Menschen sind mit dem Virus infiziert oder auch an der Viruserkrankung verstorben. Wie weit es dabei zu einer Übersterblichkeit im statistischen Sinn gekommen ist, werden später durchzuführende Berechnungen ergeben, für Österreich trifft dies zumindest laut Auswertung des statistischen Zentralamts bislang nicht zu.

Die eher martialische Kommunikation mancher Politiker hat zumindest Teile der Bevölkerung erheblich verängstigt. Welcher Einwohner eines Staates möchte hören, dass für ihn möglicherweise kein Intensivbehandlungsbett und keine Beatmungsmaschine zur Verfügung stehen, sollte er sie benötigen; und dies, obwohl sich Österreich und Deutschland rühmen, über die besten Gesundheitssysteme Europas zu verfügen.

Der vorliegende Beitrag wollte an Hand von Beispielen aufzeigen, dass die Verfahren von Triage, bzw. Sichtung und Vorselektion von Patienten bei einem Massenanfall nicht Ungewöhnliches und nichts Neues darstellen. Es handelt sich vielmehr um Instrumente, die es ermöglichen, in solchen Situationen die größte Anzahl an Menschenleben zu retten. Triage gehört in Wirklichkeit zum Arsenal jedes Notarztes, aber auch jedes klinisch tätigen Arztes; sowohl in der Notfallmedizin als auch im klinischen Alltag sind derartige Entscheidungen an der Tagesordnung. Und es bedarf dazu keineswegs des Anfalls einer großen Menge an erkrankten und/oder verletzten Menschen. In manchen Fällen, wenn z. B. nur ein Transportmittel zur Verfügung steht, können bereits zwei verletzte, verwundete oder erkrankte Menschen eine Entscheidung darüber erzwingen, welchen von ihnen man in die nächstgelegene Versorgungseinheit transportiert und welchem man damit eine größere Überlebenschance einräumt.

23 Vgl. [Stiermark.orf.at](https://www.stiermark.orf.at), Streit um Therapiekosten für schwerkranken Buben.

Literatur

- Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) idgF BGBl. I Nr. 31/2020 (NR: GP XXVII IA 483/A AB 120 S. 27. BR: 10293 AB 10300 S. 906.), in: www.ris.bka.gv.at [28. 05. 2020].
- Buyx, A./Lipp, V.: Orientierungshilfen in der Corona-Krise – Die Ad-hoc-Empfehlung des Deutschen Ethikrates und die Klinisch-ethischen Empfehlungen von sieben Fachgesellschaften aus der Medizin, in *MedR* 38 (2020) 433f.
- Christ, M./Bingisser, R./Nickel, H.C.: Bedeutung der Triage in der klinischen Notfallmedizin, in *Dtsch Med Wochenschr* 141 (2016) 329–335.
- Gesundheit Österreich GmbH (Hg.): Das österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, in: www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem [28.05.2020].
- Gretenkort, P.: Begrenzte Ressourcen – die Allokationsproblematik beim Massenanfall von Verletzten, in *Notarzt* 28 (2012) 211–214.
- Groening, M.: Der alte Mensch im Notfallzentrum. Besondere Anforderungen einer häufig multimorbiden Patientengruppe, in: *Kliniker* 47 (2018) 592–594.
- Heppner, H.J./Sieber, C./Singker, K.: Intensivmedizin im Alter, in: *Dtsch Med Wochenschr* 138 (2013) 176–179.
- Kröll, W.: Allokationsentscheidungen am täglichen Arbeitsplatz, in: Platzer, J./Kröll, W. (Hg.): *Gerechte Medizin? Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis (= Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft 4)*, Baden-Baden: Nomos 2018, 111–130.
- Laslop, A.: Arzneimittelmarkt und Gerechtigkeit, in: Platzer, J./Kröll, W. (Hg.): *Gerechte Medizin? Analysen und Impulse aus Theorie und Praxis (= Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft 4)*, Baden-Baden: Nomos 2018, 147–164.
- Lippelt, B./Günther, A./Boekhoff, J./Richter, C./Giezelt, M./Kohlmann, M.: Vorbereitung auf medizinische Großschadensereignisse. Abschätzung der zu erwartenden Patientenverteilung, in *Notarzt* 28 (2012) 203–210.
- OECD: Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD, in: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/> [23.06.2020].
- OECD: Hospital beds (indicator), doi: 10.1787/0191328e-en, in: <https://data.oecd.org/health/hospital-beds.htm> [23.06.2020].
- Prien, T.: Bestimmung des Therapieausmaßes – ethische und rechtliche Grundlagen, in: *Intensivmedizin* up2date 9 (2013) 120–140.
- Seelmann-Eggebert, Kathrin: Die Flammenhölle von Ramstein (10.12.2018), in: www.spiegel.de/geschichte/ramstein-1988-die-flugschau-katastrophe-auf-der-usa-ir-base-a-1242058.html [28.05.2020].
- Sefrin, P.: Sichtung – zentrales Element zur Bewältigung eines Großschadens und einer Katastrophe, in: *Notarzt* 28 (2012) 194–202.
- Spiegel.de: ICE-Unglück von Eschede, in: www.spiegel.de/thema/ice_unglueck_von_eschede/ [28.05.2020].

- Straub, Dominik: Italiens Trauma nach der Havarie der Costa Concordia (12.01.2017), in: www.tagesspiegel.de/gesellschaft/panorama/schiffsunglueck-vo-r-fuenf-jahren-italiens-trauma-nach-der-havarie-der-costa-concordia/19246770.html [28. 05. 2020].
- Steiermark.orf.at, Streit um Therapiekosten für schwer kranken Bub (29.01.2018), in: <https://steiermark.orf.at/v2/news/stories/2892085/> [23.06.2020].
- Taupitz, J.: Verteilung medizinischer Ressourcen in der Corona-Krise: Wer darf überleben?, in: MedR 38 (2020) 440–450.

Kantianismus, Utilitarismus und die Menschenwürde

Werner Wolbert

Einleitung

Anlässlich von möglichen Triage-Problemen im Zuge der Corona-Pandemie wie auch in anderen Kontexten werden bisweilen zwei ethische Ansätze gegenübergestellt: eine Ethik der Würde gegen einen utilitaristischen Ansatz. In anderen Kontexten, etwa in Lehrbüchern der Ethik, findet man unter den normativen Theorien häufig „Kantianismus“ als Alternative zum „Utilitarismus“; schließlich verbindet sich die Idee der Menschenwürde vor allem mit dem Namen Kant. Die Idee, dass beides nicht zusammenpasst, ist nach Richard M. Hare die „*current orthodoxy*“ mindestens seit dem frühen 20. Jahrhundert.¹ Da das Wort „Utilitarismus“ im deutschen Sprachraum – spätestens seit Nicolai Hartmann² – mit negativen Konnotationen verbunden ist, scheint sich von der genannten Opposition her eine Ethik der Würde zu empfehlen. Das ist allerdings nicht in jedem Kontext so. So hat man etwa in der Diskussion um die Nutzung embryonaler Stammzellen von der „Ethik der Würde“ eine „Ethik des Heilens“ unterschieden und durch diese Terminologie natürlich bereits eine klare Präferenz für die letztere Position zum Ausdruck gebracht. In dieser Distinktion erscheint eine Ethik der Würde eher als eine Art Bremsklotz,

1 Vgl. Hare, *Could Kant have been a Utilitarian?*, 147–148.

2 Vgl. Hartmann, *Ethik*, 87: „Den Utilitarismus philosophisch zu kritisieren ist ein leichtes Spiel. Alle seine ungereimten Folgeerscheinungen wurzeln in der banalen Verwechslung von Gut und Nützlich. Das Nützliche ist niemals das Gute im ethischen Sinne.“ Der Utilitarismus mache „die Mittel zum Zweck“ (89). Für Hartmann bezeichnet „nützlich“ immer nur einen Mittelwert, woraus er folgert, Utilitaristen würden nur solche und keine Selbstwerte kennen. Man möchte zweifeln, ob Hartmann je einen Utilitaristen gelesen hat. Und im Übrigen kann das Wort „nützlich“ in der philosophischen Tradition durchaus einen Selbstwert meinen. So sagt Cicero, die Stoiker hätten der These des Sokrates zugestimmt, „ut et, quicquid honestum esse, id utile esse censerent, nec utile quicquam, quod non honestum“ (de officiis III 3, 11). Und (III 30, 110): „Est enim nihil utile, quod idem non honestum, sed quia honestum, utile.“ Schließlich versucht Platon in der *Politeia* (vor allem im 1. Buch) zu zeigen, dass Gerechtigkeit nützlich sei. Und eine Schrift Augustins trägt den Titel „De utilitate credendi“.

der wissenschaftlichen Fortschritt und dessen wohltuende Effekte für die Menschheit behindert. Terminologie ist eben häufig auch ein Stück Sprachpolitik. Dabei geht es dem Utilitarismus (besonders bei Bentham) doch vor allem um Minderung des Leidens (z. B. von Strafgefangenen); insofern könnte auch dieser sich als eine Ethik des Heilens präsentieren. Bisweilen erscheint als Gegensatz zur Ethik der Würde aber auch eine Ethik der Interessen, wobei Erstere den Spielraum der Letzteren einzuengen scheint, während für Letztere Wahlfreiheit und die Vermehrung von Optionen (*maximizing choices*) ein häufig unhinterfragtes oberstes Ziel zu sein scheint. Ist nun eine Ethik der Interessen eine Spielart des Utilitarismus? Dafür würde sprechen, dass John Stuart Mills Schrift „Über die Freiheit“ (*On Liberty*) gleichsam die Bibel eines solchen Liberalismus ist. Andererseits hat Verfolgung von Interessen mit Autonomie, Selbstbestimmung zu tun; und diese Stichworte verbinden sich vor allem mit dem Namen Kant.

1. Zahlen

Ein häufig diskutierter Aufsatz eines amerikanischen Philosophen trägt den Titel „Should the Numbers Count?“³ Dieser Titel könnte als Kernfrage an utilitaristische Ansätze verstanden werden, von denen man häufig annimmt, dass dort nur Zahlen zählen, dass rein quantitativ gedacht wird. Entsprechend gibt es Überlegungen, dass etwa die medizinische Versorgung älterer Menschen viele Ressourcen bindet, die im Kampf gegen die Pandemie vielleicht effektiver eingesetzt werden könnten.⁴ Hier geht es um Zahlen und Quantitäten, Ressourcen und Kosten, Personenzahl, Lebensjahre und besondere Berufe, die für Pflege und Therapie zuständig sind und deren Qualifikation wiederum Auswirkung auf die Zahlen hat. Das Projekt „effektiver Altruismus“ ist ein instruktives Beispiel für solche Positionen. Peter Singer, einer ihrer Proponenten, erwähnt als Beispiel die amerikanische Stiftung *Make-a-Wish*, die schwerkranken Kindern einen Herzenswunsch erfüllt. Die in einem Fall gespendeten 7.500 \$ wären nach

3 Siehe Taurek, Should the Numbers count?

4 Es gab sogar den Vorschlag, Senioren sollten sich für Versuche mit Impfstoffen zur Verfügung stellen; im Falle einer schweren Schädigung könnten sie ja um Sterbehilfe bitten. Solche Argumente können auch kommunitaristischer Art sein: Im Sinne des Überlebens einer Gemeinschaft haben sich die Älteren für die Jüngeren zu opfern bzw. für solche, die für das Überleben der Gemeinschaft wichtig sind. Derartige Überlegungen gab es z. B. im Judentum als einer Kommunität, deren Überleben gefährdet war.

Singer besser einer Stiftung, die Malaria bekämpft, zugeteilt worden; die Effizienz, die Zahl der Nutznießer, wäre erheblich höher gewesen.⁵ Schwieriger ist die Sache, wenn mit Hinweis auf die Zahlen durch die entsprechende Maßnahme einer Minderheit zusätzlicher Nachteil oder zusätzliches Leid entsteht, wie im Fall der Idee, durch schwache Schutzmaßnahmen gegen Corona und das In-Kauf-Nehmen von mehr Toten eine Herdenimmunität zu erreichen (falls das möglich wäre). Dagegen wird dann oft in kantischem Vokabular argumentiert, hier würden Menschen zu Mittel gemacht. Prinzipiell ist richtig, dass man so effektiv wie möglich helfen soll, dass möglichst viele Menschen davon profitieren und dass man solche Organisationen unterstützt, die dafür die beste Kompetenz haben etc. Zahlen, so zeigt sich dabei, sind aber nicht immer ein eindeutiges Kriterium. Angesichts der vielen Bittbriefe, die man mit der Post bekommt, stellt sich nicht nur die Frage, welche Organisationen man bedenkt und welche nicht, sondern auch die Alternative – salopp formuliert: Kleckern oder Klotzen? Gibt man an viele wenig, oder bedenkt man wenige reichlich? Effizienter soll letzteres sein, speziell unter der Voraussetzung, dass die Menschen nach unterschiedlichen Präferenzen handeln und damit ihre Wohltätigkeit sich irgendwie verteilt und so vielleicht halbwegs spontan koordiniert wird. Auch wenn sich hinter den Zahlen durchaus ethische Kriterien verbergen, so erscheinen doch in der klassischen utilitaristischen Formel, gemäß der es um „The greatest Happiness of the greatest Number“⁶ geht, die Interessen oder Rechte der einzelnen Person im Kollektiv aufzugehen. Dabei vergisst man allerdings häufig, dass für Bentham auch gilt: „Everybody to count for one, nobody for more than one.“⁷

5 Vgl. Singer, *Most Good*, 5f. Singer gibt zu, dass man natürlich lieber für jemanden spendet, der ein Gesicht hat, bei dem man auch die Wirkung seines Tuns sehen kann; so macht eben Wohltun auch Freude. Außerdem stellt sich das Problem nur bei einigermaßen großen Spenden. Singers Thesen sind häufig kontraintuitiv. Dagegen präzise zu argumentieren ist aber auch nicht ganz leicht; diese Gegenargumente müssten nicht in jedem Fall kantisch sein.

6 Bentham, *Fragment*, 3: das fundamentale Axiom sei: „it is the greatest happiness of the greatest number that is the measure of right and wrong“.

7 So wird Bentham von Mill zitiert; wörtlich findet sich dieses Zitat aber nicht bei Bentham (vgl. „Benthams Dictum“, in: <http://www.ethikseite.de/prinzipien/zdictum.html> [28.05.2020]).

2. Trümpfe

Als Korrektur gegen quantitatives Denken beruft man sich bisweilen auf Rechte, welche dieses Denken einschränken sollen. So schlägt etwa Ronald Dworkin vor: „One very practical way to achieve this restriction is provided by the idea of rights as trumps over unrestricted utilitarianism.“⁸ In ähnlicher Weise versteht Robert Nozick Rechte im Sinne von Beschränkungen (*side constraints*) utilitaristischer Überlegungen.⁹ Die Frage ist aber zum einen, welche Art utilitaristischer Überlegungen durch welche Rechte einzuschränken sind. Liberale Denker wie Dworkin und Nozick denken bei Letzteren vor allem an individuelle Präferenzen, subjektive Freiheitsrechte, wie sie schon mit dem Stichwort „Ethik der Interessen“ angedeutet wurden. Zu deren Rechtfertigung bemüht Nozick auch die kantische Selbstzweckformel. Die *side constraints* sind „Ausdruck des kantischen Grundsatzes, dass die Menschen Zwecke und nicht bloß Mittel sind; sie dürfen nicht ohne ihr Einverständnis für andere Ziele geopfert oder gebraucht werden. Der einzelne ist unverletzlich.“¹⁰ Das ist freilich eine moderne Interpretation der kantischen Formel, die das Einverständnis der Betroffenen zum Kriterium dessen macht, was es heißt, als Selbstzweck behandelt zu werden. Zwar ist auch für Kant Wahlfreiheit von fundamentaler Bedeutung. Die kantische Forderung, der Mensch müsse den Zweck des Handelns anderer „in sich enthalten“¹¹, bedeutet aber zunächst, dass dieser *als moralisches Wesen*, vom Standpunkt der Moral aus zustimmen können muss. Es geht also nicht um eine *faktische* Zustimmung, sondern um eine *normativ* verstandene Zustimmung. Nozick scheint dagegen vorauszusetzen, ein Mensch werde zum Mittel gemacht, wenn er *faktisch* nicht zustimme. Das mag zwar in vielen Fällen stimmen, und faktische Zustimmung ist ethisch höchst relevant; nur leitet sich dieser Gedanke nicht direkt aus der Menschenwürde ab.¹² Man hat den Eindruck, dass solche Art

8 Dworkin, Rights as Trumps, 162f.

9 Vgl. Nozick, Anarchy, 41.

10 Nozick, Anarchy, 42. Zur kantischen Rede von Zweck und Mittel vgl. Wolbert, Der Mensch als Mittel und Zweck, 71–80.

11 Kant, Grundlegung, IV 430.

12 Vgl. Jones, Kant's Principle of Personality, 56: „To treat a person as a mere means is to treat him as a means to an end in which he cannot, as a rational being, share. It is also to use him as a means to an end which is itself morally unacceptable.“ Anders im Urteil des deutschen Bundesverfassungsgerichts vom 26.02.2020 zur kommerziellen Sterbehilfe (Siehe: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.pdf?__blob=publicationFile&v=4). Die Menschenwürde sichere „die Grundbedingungen dafür, dass der

Kantianismus mindestens auch von Mills Freiheitsschrift inspiriert ist, womit allein schon ein prinzipieller Gegensatz Kant – Utilitarismus fraglich wird. Mill hält allerdings nicht viel von Rechten:

Ich halte es für geraten, dass ich auf jeden Vorteil verzichte, den man für meine Beweisführung aus der Idee eines abstrakten, vom Nützlichkeitsprinzip unabhängigen Rechtes ableiten könnte. Ich betrachte Nützlichkeit [*utility*] als letzte Berufungsinstanz in allen ethischen Fragen, aber es muss Nützlichkeit im weitesten Sinne sein, begründet in den ewigen Interessen der Menschheit als eines sich entwickelnden Wesens.¹³

Mills zentrales Anliegen betrifft die Möglichkeit der Anwendung von Zwang: „Dass der einzige Zweck, um dessentwillen man Zwang gegen den Willen eines Mitglieds einer zivilisierten Gemeinschaft rechtmäßig ausüben darf, der ist: die Schädigung anderer zu verhüten.“¹⁴ Bei Mill ist diese Aussage allerdings auch sozialetisch motiviert. Kant setzt dagegen bei der gleichen Freiheit aller an: Zwang ist nur erlaubt als „als Verhinderung eines Hindernisses der Freiheit“.¹⁵ Für Mill dagegen ist eine autoritär geprägte und allzu konforme Gesellschaft dem Wohl der Menschen bzw. eines Gemeinwesens abträglich. Entsprechend ist das dritte Kapitel der Freiheitsschrift überschrieben: „Über Individualität als eins der Elemente der Wohlfahrt“.

Positionen wie die von Nozick und Dworkin wären gemäß einer gängigen Unterscheidung in der normativen Ethik als *deontologisch* einzuordnen, eine Position, für die eine Handlung nicht oder nicht allein durch ihren Beitrag zur Wohlfahrt (*well-being*) oder zum Nutzen (*utility*, *expediency*) zu rechtfertigen ist, wie es eine *teleologische* (konsequentialistische, pro-

Einzelne seine Identität und Individualität selbstbestimmt finden [...] kann. Namentlich die selbstbestimmte Wahrung der eigenen Persönlichkeit setzt voraus, dass der Mensch über sich nach eigenen Maßstäben verfügen kann und nicht in Lebensformen gedrängt wird, die in unauflösbarem Widerspruch zum eigenen Selbstbild und Selbstverständnis stehen“. Hier wären freilich bestimmte Lebensformen, die andere Menschen schädigen (Sadismus, Pädophilie) auszuschließen, womit sich zeigt, dass der Ausdruck der Menschenwürde in diesem Sinne seine Grenzen hat. Die moralische Gesinnung des Menschen, auf die Kant die Würde gründet, kann dagegen nicht in Konkurrenz zu der eines Mitmenschen treten.

13 Mill, Liberty, 37. Der Gedankengang und die zentralen Thesen dieser Schrift sind gut aufgelistet bei Bernd Gräfrath, John Stuart Mill.

14 Mill, Liberty, 35.

15 Kant, Metaphysik der Sitten, VI 231.

portionalistische) Theorie behaupten würde.¹⁶ Im Sinne einer Korrektur können dann sowohl bestimmte Rechte oder, in anderen Ansätzen, bestimmte Pflichten dienen, seien diese im präsumtiven Sinn als *prima facie*-Pflichten verstanden¹⁷ oder als absolut geltende Pflichten, wie bisweilen etwa das Verbot der direkten Tötung eines Unschuldigen oder der Falschaussage.¹⁸ Bei näherer Betrachtung ist aber oft der Unterschied nicht so groß, wenn es konkret wird. Zum einen wird man nicht immer übereinstimmen in der Frage, was denn eine Schädigung (*harm*) ist, wie groß denn der Schaden ist oder welche geringeren Schädigungen man bzw. wer gegebenenfalls in Kauf nehmen darf. Zum zweiten kann man die Barriere gegen den „uneingeschränkten Utilitarismus“ unterschiedlich hoch konstruieren, je nach der Größe des zu verhindernden Schadens. Insofern könnte man auch von einem *utilitarianism of rights* sprechen oder – in anderem Kontext – von einem *utilitarianism of duties*, der sich spätestens zeigt, wenn ein Konflikt von Rechten oder Pflichten eine Abwägung oder Priorisierung erfordert. Das lässt sich gut illustrieren an der Äußerung von Wolfgang Schäuble über die Priorität des Lebensschutzes, wenn dieser feststellt, dass man zur Rettung von Leben die Wirtschaft nicht langfristig lahmlegen dürfe. Hier deutet sich in der Tat ein schwerwiegender Konflikt an: eine allzu geschwächte Wirtschaft würde auch die Möglichkeiten der Lebensrettung einschränken, weil das Gesundheitssystem nicht mehr finanzierbar wäre. Man hätte also zwischen zwei gravierenden Übeln zu wählen. Hätte Schäuble somit als Utilitarist zu gelten? Das hängt wohl auch vom Zeitpunkt ab, zu dem solche Überlegungen vorgetragen werden. Im letzten Jahr hätte diese Äußerung mit Sicherheit Empörung hervorgerufen und wäre vielleicht als utilitaristisch disqualifiziert worden, in der jetzigen ersten Situation gab es nur leise Kritik.

16 Was die Terminologie angeht, wird ‚teleologisch‘ oft mit ‚utilitaristisch‘ gleichgesetzt; häufiger versteht man unter Utilitarismus hingegen eine bestimmte Spielart von Teleologie, vor allem den hedonistischen Utilitarismus von Bentham, Mill und Sidgwick oder den heute gängigen Präferenzutilitarismus etwa von Hare. Paulsen äußert zur Terminologie, er habe seine Position in der ersten Auflage utilitaristisch genannt, wegen dessen historischer Verbindung mit dem Hedonismus habe er aber „mit zu spät kommender Vorsicht, den Ausdruck utilitaristisch durch den Ausdruck *teleologisch* ersetzt, der zugleich den Vorzug hat, dass er an die allgemeine Weltanschauung erinnert, aus der diese Form der Ethik hervorgegangen ist, nämlich die platonisch-aristotelische“ (Paulsen, *System der Ethik* I, 219).

17 Vgl. Ross, *The Right and the Good*.

18 Solches Verständnis findet sich außer bei Kant auch in der moraltheologischen Tradition. Vgl. dazu Schüller, *Begründung*.

3. Prinzipien

Auch Prinzipien werden gelegentlich zu Einschränkung utilitaristischer Überlegungen bemüht. Entsprechend empfehlen Beauchamp und Childress die von ihnen vorgeschlagenen vier Prinzipien: „An advantage of our account is that the principle of utility that we defend can be legitimately constrained by the other principles we advance.“¹⁹ Dabei sind die Prinzipien *non-maleficence* und *beneficence* auf jeden Fall teleologischer Art; bezüglich des letzteren heißt es denn auch, es sei „itself an extension of the principle of positive beneficence“²⁰, aber, anders als im Utilitarismus nicht das einzige. Die Gerechtigkeit gilt freilich weithin als ein deontologisches Prinzip; aber auch das lässt sich anders deuten wie auch der Respekt vor der Autonomie. Freilich geht es auch einem Utilitaristen wie Mill nicht einfach um kurzfristige Nutzenvermehrung. Auch Mill betont die Nützlichkeit von Prinzipien. Die „überragende Nützlichkeit“ (*transcendent expediency*) etwa des Verbots der Falschaussage bedeutet für Mill, dass ihre Verletzung weder „um eines kurzfristigen Vorteils für sich selbst oder einen andern willen“²¹ Sinn macht. In diesem Fall sei das Opportune (*expedient*) nicht mit dem Nützlichen (*useful*) identisch, sondern ein Teil des Schädlichen.²² Allerdings schränkt Mill ein:

Es wird jedoch von allen Ethikern zugestanden, dass selbst diese so unantastbare Regel Ausnahmen zulässt, besonders dann, wenn das Verschweigen einer Wahrheit – indem man etwa einem Übeltäter eine Auskunft verweigert oder einem Schwerkranken eine schlechte Nachricht vorenthält – jemanden, zumal einem andern als sich selbst, vor

19 Beauchamp/Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 167. Wieso das für die Nicht-Schädigung nicht gelten soll, ist mir nicht einsichtig.

20 Ebd., 166.

21 Mill, *Utilitarianism*, 69. Birnbacher übersetzt denn auch *Expediency* unterschiedlich, einmal mit „Opportunismus“, das andere Mal mit „Nützlichkeit“. Vgl. zum Lügenverbot auch Wolf sowie Mills „Utilitarianism“, 101–105. Gray macht in *Mill on Liberty* noch darauf aufmerksam, dass *maximally expedient* noch nicht *morally required* bedeute. Als Letzteres gilt nur, was im Falle des Zuwiderhandelns eine Sanktion nach sich zieht (Strafe, Ächtung durch öffentliche Meinung, Gewissensbisse). Vgl. Mill, *Utilitarianism*, 145–147: „Hier scheint der eigentliche Angelpunkt für die Unterscheidung zwischen Sittlichkeit und schlichter Nützlichkeit (*simple expediency*) zu liegen. Es ist allen Formen der Pflicht eigentümlich, dass eine Person zu ihrer Erfüllung rechtmäßig gezwungen werden kann. Pflicht ist etwas, das von jemandem *erzwungen* werden kann, so wie man die Bezahlung einer Schuld erzwingt.“

22 Vgl. Mill, *Utilitarianism*, 67.

großem unverschuldeten Unglück bewahrt, und wenn dieses Verschweigen nur durch Ableugnen erfolgen kann.²³

Mill vertritt somit einen indirekten Utilitarismus mit der Unterscheidung einer kritischen von einer praktischen Ebene, wie ihn ausführlicher Richard M. Hare in seinem Zwei-Ebenen-Ansatz (*two level approach*) erarbeitet hat.²⁴ Solch ein Ansatz rechnet ausdrücklich damit, dass der direkte Bezug auf den Nutzen, das Wohl und Wehe aller Betroffenen, zur Bestimmung der richtigen Handlung diesen Nutzen vereiteln kann, ähnlich wie das ausdrückliche Anstreben von Glück oder Lust dieses Ziel gerade verfehlen kann. Das wird noch deutlicher anhand der schon in obigen Zitaten angedeuteten terminologischen Unterscheidung bei Mill, die im Deutschen schwer wiederzugeben ist. Mill unterscheidet nämlich zwischen *utility* und *expediency*. Das Utility-Prinzip ist zunächst kein normatives, sondern ein axiologisches Prinzip, gemäß dem Glück und Wohlergehen die einzigen intrinsischen Werte sind.²⁵ Es ist nicht ein Prinzip, mit dem man direkt die Richtigkeit der Handlung bestimmt; der direkte Bezug auf kurzfristige Folgen und Ziele heißt *expediency*. Am Schluss seiner Logik formuliert Mill:

I do not mean to assert that the promotion of happiness should itself be the end of all action, or even of all rules of action. It is the justification, and ought to be the controller, of all ends, but is not itself a sole end.”²⁶ Mit John Gray lässt sich festhalten, „that Mill may consistently allow an important place for moral rules and social norms, which generate obligations and which bar direct appeal to utility, without abandoning his utilitarian commitment.”²⁷

Das gilt natürlich auch für Rechte als Hindernisse (*bars*) oder Trümpfe.

23 Mill, *Utilitarianism*, 69. Im Fall der Schwerkranken denken wir heute etwas anders. Hier würde nur eine Theorie absolut gültiger deontologischer Normen widersprechen, wie man sie bei Kant und in der katholischen moraltheologischen Tradition findet. Letztere hatte in diesem Punkt allerdings genügend Wege einer restriktiven Interpretation des Verbots.

24 Vgl. Hare, *Moral Thinking*.

25 Die hedonistische Deutung des Glücks durch Mill wäre freilich zu kritisieren; aber das kann hier unberücksichtigt bleiben.

26 Mill, *Logic*, 621.

27 Gray, *Mill on Liberty*, 39.

4. Konflikte

Ein Kernproblem deontologischer Theorien ist der Konflikt von Rechten, Trümpfen oder als absolut eingestufte Pflichten. Nach welchen Kriterien soll im Fall der Kollision solcher Rechte oder Pflichten entschieden werden, wenn das teleologische Kriterium des Wohls und Wehes aller Betroffenen auszuschließen ist? Dafür gibt es von deontologischen Ethikern meist keine präzise Antwort; man überlässt sich dabei eher einem nicht näher reflektierten *common sense* oder einer subjektiven Intuition. Deontologisch verstandene Rechte oder Pflichten gelten für die entsprechenden Autoren meist nur *prima facie* (auf den ersten Blick).²⁸ Von daher versteht sich auch die Beobachtung, dass Utilitaristen und ihre Gegner in konkreten Fragen oft zu denselben Ergebnissen kommen, wenn auch die Gründe dafür unterschiedlich sein mögen. So hält etwa Michael Walzer in Fällen von „*supreme emergency*“ die gezielte Tötung von Zivilisten im Krieg für möglich: „Given the view of Nazism that I am assuming, the issue takes this form: should I wager this determinate crime (the killing of innocent people) against that immeasurable evil (a Nazi triumph)?“²⁹ Das Flächenbombardement deutscher Städte habe immerhin Ressourcen auf deutscher Seite gebunden, was zu Beginn des Krieges vielleicht die *ultima ratio* war, später allerdings nicht.³⁰ Generell aber gelte: „The deliberate slaughter of innocent men and women cannot be justified simply because it saves the lives of other men and women.“³¹ Das muss ein Utilitarist nicht bestreiten, wie wiederum Walzer selbst bemerkt: „I have said that such acts can probably ruled out on utilitarian grounds, but it is also true that utilitarianism as it is commonly understood, indeed, as Sidgwick himself understood it, encourages the bizarre accounting that makes them (morally) possible.“³²

Gleichwohl könnte die jeweilige Tradition auch verschiedene Tendenzen oder Präsumtionen favorisieren. Wer sich einem kantischen Ansatz verpflichtet weiß, wird vielleicht zunächst Triage-Überlegungen entscheiden von sich weisen. Andererseits sind, falls eine entsprechende Situation

28 Vgl. Mackie, *Right-based Moral Theory*, 177 und Ross, *The Right and the Good*.

29 Walzer, *Just and Unjust Wars*, 259.

30 Vgl. Ebd., 258–263.

31 Ebd. 262. Vgl. ebd.: „There is much else that we might plausibly want to preserve: the quality of our lives, for example, our civilization and morality, our collective abhorrence of murder, even when it seems, as it always does, to serve some purpose.“

32 Ebd. Ob diese Einschätzung Sidgwicks zutrifft, sei dahingestellt.

absehbar ist, solche Überlegungen im Voraus anzustellen und klare Kriterien zu formulieren; andernfalls besteht im Ernstfall die Gefahr schlecht überlegter Ad-hoc-Entscheidungen. Schließlich könnten solche frühzeitigen Überlegungen aber auch das Bemühen um Vermeidung von Triagesituationen schwächen, da man ja schon eine Lösung für solche Konflikte parat hat und so das Gewissen vorzeitig beruhigt sein könnte. Und deswegen mögen teleologische Überlegungen oft voreilig und deswegen suspekt erscheinen, wenn sie gravierende Übel in Kauf nehmen. Für jemanden, der sich von Berufs wegen mit ethischen Fragen befasst, sind freilich derartige zunächst rein hypothetische Überlegungen nicht ungewöhnlich. Für medizinische Praktiker mag das anders aussehen.

5. *Egoismus und Altruismus*

Einen wichtigen Grund für die mit dem Wort „Utilitarismus“ oft gegebene negative Konnotation zeigt Dieter Birnbacher in seinem einschlägigen Artikel auf:

Außerhalb der englischsprachigen Länder wird der Ausdruck >Utilitarismus< und seine Ableitungen vielfach für eine *egoistische* Verhaltensorientierung verwendet, die den eigenen Nutzen bzw. die Befriedigung eigener Interessen zum ausschließlichen oder überwiegenden Maßstab des Handelns macht. Dieser Sprachgebrauch wird durch die vorherrschende Redeweise von >Nutzen< im Sinne von >Eigennutz< nahe gelegt.³³

Wer diese Vorstellung von Utilitarismus teilt, wird wohl von der folgenden Äußerung Mills überrascht sein:

Der Utilitarismus fordert von jedem Handelnden, zwischen seinem eigenen Glück und dem der andern mit ebenso strenger Unparteilichkeit zu entscheiden wie ein unbeteiligter und wohlwollender Zuschauer. In der Goldenen Regel, die Jesus von Nazareth aufgestellt hat, finden wir den Geist der Nützlichkeithetik vollendet ausgesprochen. Die Forderungen, sich dem andern gegenüber so zu verhalten, wie man möchte, dass er sich einem selbst gegenüber verhält, und den Nächs-

33 Birnbacher, Utilitarismus, 96f.

ten zu lieben wie sich selbst, stellen die utilitaristische Moral in ihrer höchsten Vollkommenheit dar.³⁴

Ein Blick in Henry Sidgwick's *Methods of Ethics* zeigt, dass für diesen der Terminus „Utilitarismus“ im Gegensatz zu Egoismus einerseits und zu Intuitionismus (was hier eine deontologische Theorie meint) andererseits steht, also nichts mit Egoismus zu tun hat.³⁵ Hier ist auch auf das persönliche Engagement der Teilnehmer des Projekts „Effektiver Altruismus“ hinzuweisen, die einen festen Teil ihres Einkommens zu spenden pflegen und insofern einen beispielhaften Altruismus praktizieren.³⁶ Wer von Utilitarismus – speziell in negativer Konnotation – redet, sollte also jeweils seinen Sprachgebrauch deutlich machen und die egoistische Konnotation ausschließen.

Meistens bezieht man sich mit dem Terminus Utilitarismus auf die hedonistische Variante von Bentham, Mill und Sidgwick (falls man überhaupt einen von diesen gelesen hat). Alle drei Autoren vertreten einen hedonistischen Utilitarismus. Aus der hedonistischen Axiologie ergeben sich gewisse Schwierigkeiten. Wo es um Maximierung des Glücks geht bzw. – so vor allem bei Bentham – um Minimierung von Leid, könnte es letztlich schlicht auf eine insgesamt positive Bilanz ankommen. Herbert L. A. Hart (keineswegs ein Antiutilitarist) formuliert als Bedenken, in der Perspektive des klassischen Utilitarismus hätten die verschiedenen Individuen keinen inneren Wert. Man werfe dem Utilitarismus vor, „it treats individuals as mere receptacles with no intrinsic value for the experiences of pleasure and pain”.³⁷ Bentham erwecke den Eindruck, „as if he was concerned with manipulable and predictable animals or machines – pleasure and pain machines – rather than men”.³⁸ Das zeige sich etwa in Benthams Kritik der Sklaverei: Diese war „conducted entirely in terms of utility and was based

34 Mill, Utilitarianism, 53. Hare formuliert zu Beginn seines einschlägigen Artikels (Utilitarianism, 640): „Utilitarianism is the extension into philosophy of the Christian doctrine of agape [...], which has counterparts in the various formulation of the Golden Rule that have been preached within all the other higher religions.”

35 Zu Sidgwick vgl. Weiß, Deontologie und Teleologie und Wolbert, Vom Nutzen der Gerechtigkeit.

36 Singer spendet nach eigener Aussage ein Drittel.

37 So Hart in der „Introduction“ zu Bentham, Principles of Morals and Legislation, XLVII.

38 Hart, Bentham and Beccaria, 51. Dagegen wisse Beccaria, dem Bentham viel verdankt, sehr wohl um solchen inneren Wert. Bei Beccaria findet sich übrigens schon die Formel vom größten Glück der größten Zahl („la massima felicità divisa nel maggior numero“).

mainly on the fact that mass slave labour in the end would be found unprofitable to society".³⁹ Die Schwierigkeiten mit dem "inneren Wert", der Personenwürde zeigen sich deutlich bei Sidgwick, dessen Position sich (nach Rashdall) auf folgende Weise zusammenfassen lässt: „It is a duty to promote universal good, but universal good is merely pleasure.“⁴⁰ Damit nimmt Sidgwick gegenüber der Pflicht eine kantianische Haltung ein, während er bezüglich der Idee des Guten eine hedonistische Position vertritt. Bei näherem Nachdenken über das Ziel, das er für andere zu befördern habe, müsse der Mensch zu dem Ergebnis kommen, dass es nur aus der Lust (*pleasure*) bestehe. Sidgwick teilt somit dem Individuum und der menschlichen Gemeinschaft ein je unterschiedliches Ziel zu. Damit gibt es keine *Maxime*, die, kantisch gesprochen, zu einem allgemeinen Gesetz werden könnte⁴¹. Einerseits verlangt die Vernunft von uns, bisweilen in einer Weise zu handeln, die unseren eigenen Interessen entgegensteht (etwa Unrecht zu leiden), nämlich aus der Liebe zum Richtigen und Vernünftigen als solchem; dennoch sollen wir alle anderen Menschen außer uns selbst so behandeln, als seien sie rationalen Begehrens (also der Selbstlosigkeit) unfähig, als beehrten sie vernünftigerweise nichts anderes als die Lust. Bei Sidgwick bleibt die Frage offen, warum man denn vernünftig handeln soll, während für Kant reine Vernunft praktisch ist, d. h. dass der Mensch durch seine Vernunft schon mit der sittlichen Forderung konfrontiert ist.⁴²

Wenn nun aber die egoistische und die universalistische Einstellung gleichermaßen als gut und vernünftig gelten, haben die Wörter *vernünftig* und *gut* verschiedene Bedeutungen. Für den Egoisten würde *vernünftig* so viel bedeuten wie: konsistent oder förderlich als Mittel zu dem Ziel, das jeder für sich anstrebt. Wo ich dagegen eine universalistische Einstellung als vernünftig charakterisiere, und wenn diese Vernünftigkeit für mich das Motiv ist, so zu handeln, müsste diese Vernünftigkeit selbst für mich von innerem objektivem Wert sein; das ist die Position eines *Ideal Utilitarianism*, wie ihn u. a. Rashdall vertritt.⁴³ Nur wenn solch vernünftiges Han-

39 Ebd.

40 Rashdall, *Theory*, I 54: „Reason bids him make duty rather than private pleasure his own end, but in thinking what is the end that he is to promote to other people, it pronounces that end to be pleasure.“

41 Rashdall, *Theory*, I 55.

42 „Reine Vernunft ist für sich allein praktisch und giebt [dem Menschen] ein allgemeines Gesetz, welches wir das Sittengesetz nennen.“ (Kant, *Kritik der Praktischen Vernunft*, Akademieausgabe V 31).

43 Vgl. Rashdall, *Theory*, I Kap 7.

deln in sich gut ist, kann es auch ein größeres Gut sein als das, was ich selbst durch die Suche nach der Lust erhalten könnte. Folgende zwei Dogmen Sidgwick's sind also, wie Rashdall betont⁴⁴, nicht miteinander vereinbar, sie neutralisieren sich gegenseitig:

1. Es ist vernünftig, altruistisch zu sein.
2. Vernünftig zu sein ist nicht etwas in sich Gutes für den, der vernünftig ist, bzw. ist kein innerer Wert.

Die Haltung des guten Menschen in der Interpretation von Sidgwick läßt sich mit Rashdall so erläutern:

I see that it is reasonable for me to prefer my neighbour's good, but this preference has in it nothing intrinsically desirable or beautiful or noble or worth having for its own sake. Duty is duty, but it is not good. Duty is reasonable, but pleasure is better; what the irrational man secures to himself by selfishness is intrinsically better than what the good man gets by obeying the voice of Reason within him.⁴⁵

6. Menschenwürde und unbedingte Pflicht

Ein „idealer Utilitarismus“ à la Rashdall würde nun gerade behaupten, dass ein Handeln gemäß der Vernunft, der sittlichen Forderung oder seinem Gewissen selbst innerlich wertvoll ist. Versteht man die sittliche Forderung als unbedingte, kategorische, muss es sich außerdem um den höchsten Wert handeln, zu dessen Realisierung der Mensch unbedingt verpflichtet ist. Diese Unbedingtheit ist möglich, da es allein am Menschen liegt, ob er den Standpunkt der Moral, der Liebe als Wohlwollen und Wohltun, der Goldenen Regel oder den gegenteiligen Standpunkt einnimmt. Diesen intrinsischen und unbedingten Wert nennt Kant „Würde“ im Unterschied zum „Preis“:

Im Reiche der Zwecke hat alles entweder einen Preis, oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.⁴⁶

44 Rashdall, Theory, I 59.

45 Rashdall, Theory, I 69.

46 Kant, Grundlegung, IV 434.

Was ein Äquivalent hat, ist austauschbar, ersetzbar. Entsprechend versteht man unter „Utilitarismus“ meist eine Ethik, in der alles austauschbar ist, die für alles Äquivalente kennt, für die alle Güter abwägbare sind. Und eine teleologische Ethik ist eben eine Ethik der Güterabwägung, welche aber nicht ausschließen muss, dass es auch einen Wert gibt, der jeder Abwägung entzogen ist, was bei Kant die *Würde* ist. Kant erläutert: „Also ist Sittlichkeit und die Menschheit, so fern sie derselben fähig ist, dasjenige, was allein Würde hat.“⁴⁷ Zunächst kommt Würde also der Moralität, der sittlichen Gesinnung zu, dann dem Menschen⁴⁸, sofern er diese realisieren kann, nicht sofern der Mensch die Gesinnung realisiert hat. Im letzteren Fall wären die Menschen nämlich in ihrer Würde ungleich. In der *Fähigkeit* zur Moralität sind sie dagegen gleich. Und auf Grund dieser Gleichheit gilt Bentham's Grundsatz (dessen Begründung aber bei ihm unklar bleibt): Everybody to count for one, nobody for more than one.

Mindestens in der obigen Formulierung Kants erscheint der Wert als ethische Grundkategorie; das ist an sich das Kennzeichen einer teleologischen Ethik. Bekanntlich erscheint allerdings in anderen kantischen Aussagen die Pflicht als solche Grundkategorie; vom griechischen *deon* (δέον) hat solche Ethik den Namen deontologisch.⁴⁹ Auf der metaethischen Ebene der ethischen Basiskategorie könnte man Kant also sowohl als Deontologen wie als Teleologen einordnen.⁵⁰ An die Bedeutung der *Pflicht* knüpft das Verständnis von Kant als Erzdeontologen an und als Antipoden gegen jedweden Utilitarismus oder eine Ethik der Güterabwägung. Und Kant selbst hat wohl gedacht, die einzige Alternative zu seinem Ansatz sei irgendeine Form einer hedonistischen Ethik, die keine kategorische Verpflichtung kennt.⁵¹ Den Gedanken einer unbedingten Pflicht würde aber auch ein idealer Utilitarist bejahen. Das deontische Element „unbedingte Verpflichtung“, das für Moralität konstitutiv ist, ist aber zu unterscheiden

47 Kant, Grundlegung, IV 435.

48 „Menschheit“ bedeutet hier nicht etwa Menschengeschlecht (*genus humanum*), sondern das Wesen des Menschen, das, was den Menschen zum Menschen macht (*humanitas*).

49 Für heutige konsequentere deontologische Theorien vgl. vor allem Prichard, Does Moral Philosophy rest on a Mistake?; Wolbert, Güterabwägung und Selbstzwecklichkeit.

50 Das Verhältnis beider Bestimmungen wie auch der ersten zur zweiten Fassung des Kategorischen Imperativs ist hier der Kant-Exegese zu überlassen.

51 Vgl. Ewing, Ethics, 60: „He kept thinking of some form of hedonism as the only alternative to his view, and ignored the possibility of a theory which, without taking the hedonist view of good and evil, still derived the obligatoriness or wrongness of an action of its good or bad effects.“

von einer deontologischen Begründung in Einzelfragen des sittlich richtigen Handelns.⁵² Diese Verwechslung findet sich bereits bei Kant selbst, etwa in der Behandlung der Falschaussage oder in seiner Straftheorie. Außerdem wird bisweilen die Idee einer unbedingten Pflicht mit einer ausnahmslos gültigen Pflicht gleichgesetzt. So auch wiederum bei Kant, weil er fälschlicherweise voraussetzt, Ausnahmen erfolgten immer „zum Vortheil unserer Neigung“⁵³; eine Ausnahme kann aber wegen einer vordringlichen Pflicht erforderlich sein. Und diese Ausnahme bedeutet keine Beeinträchtigung der Unbedingtheit und Allgemeingültigkeit der Pflicht, sondern deren Präzisierung in einem konkreten Fall (wie etwa in dem Lehrbuchbeispiel einer Person, die einem Gestapooffizier, der nach versteckten Juden fragt, nicht die Wahrheit sagt).⁵⁴

Conclusio

Aus den vorgelegten Überlegungen ergeben sich u. a. folgende Konsequenzen:

1. Wer über Utilitarismus spricht bzw. diesen kritisiert, sollte erklären, wie er diesen Terminus versteht bzw. auf welche Version des Utilitarismus er sich bezieht und dabei von den negativen Konnotationen abstrahieren.

⁵² Vgl. Witschen, Kant als Erzdeontologe, 234.

⁵³ Kant, Grundlegung, IV 424: bei einer Übertretung, so Kant, „nehmen wir uns die Freiheit, für uns oder (auch nur für diesmal) zum Vortheil unserer Neigung davon [vom allgemeinen Gesetz, Anmerkung] eine Ausnahme zu machen“. Vgl. dazu Rashdall, I 115: „He does not see that the rule ‚Do this except in such and such circumstances‘ is just as ‚categorical‘ and just as little ‚hypothetical‘ as the rule ‚Do this under all circumstances whatsoever,‘ so long as the exceptions are recognized as no less universal in their application, no less based upon the reason and nature of things, than the original rule. Kant in fact confuses the inclusion of an exception *in* a moral rule with the admission of an exception *to* a moral rule.“

⁵⁴ Dagegen Kant, Über eine vermeintes Recht (VIII 426): „Wahrhaftigkeit in Aussagen, die man nicht umgehen kann, ist formale Pflicht des Menschen gegen Jeden, es mag ihm oder einem Anderen daraus noch so ein großer Nachtheil erwachsen“. Das ist ein klar deontologisches Verbot. Solche Deontologie ist wohl eher ein traditionelles Relikt; sie muss nicht als für die kantische Ethik konstitutiv gelten. Vgl. hier bes. Cummiskey, Kantian Consequentialism sowie Thilly, Kant and Teleological Ethics.

2. Nur nach solcher Klärung lässt sich klären, ob die Einwände und Gegenargumente tatsächlich nicht-utilitaristischer oder nicht-teleologischer Art sind.
3. Kant ist nicht der Erzdeontologe, als der er meistens präsentiert wird. Eine von Kant inspirierte Ethik ist kompatibel mit einer teleologischen Theorie, für die Liebe als Wohlwollen und Wohltun das einzige Kriterium sittlich richtigen Handelns ist. Rashdall formuliert: „At its highest the sense of duty is identical with the rational love of persons (including in due measure self-love), and the things which constitute their true good.”⁵⁵ Zwar gibt es bei Kant deontologische Elemente, vor allem die rigoristischen Positionen zu Lüge, Suizid und Todesstrafe. Andererseits hat er mit einem wirklichen Erzdeontologen wie Prichard wenig gemein. So kann man mit Hare urteilen: „Kant [...] *could* have been a utilitarian, though he *was* not.”⁵⁶

Literatur

- Beauchamp, Tom L./Childress, James F.: *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford: Oxford University Press ⁵2001.
- Bentham, Jeremy: *An Introduction into the Principles of Morals and Legislation*, ed. by J.H. Burns/H.L.A. Hart, London/New York: Methuen 1982.
- Bentham, Jeremy: *Fragment on Government*, ed. by J.H. Burns /H.L.A. Hart, Cambridge: Cambridge University Press 1988.
- Birnbacher, Dieter: Art. Utilitarismus, in: Düwell, Marcus/Hübenthal, Christoph/Werner, Micha H. (Hg.): *Handbuch Ethik*, Stuttgart: J.B. Metzler ³2011, 95–107.
- Cummiskey, David: *Kantian Consequentialism*, New York/Oxford: Oxford University Press 1996.
- Ewing, Alfred Cyril: *Ethics*, New York: Free Press 1953.
- Frankena, William K.: *Ethics*, Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall ²1973.
- Gräfrath, Bernd: John Stuart Mill, „Über die Freiheit“. Ein einführender Kommentar, Paderborn/Wien: Schöningh 1992.
- Gray, John: *Mill on Liberty. A Defence*, London/New York: Routledge ²1996.
- Hare, Richard Mervin: *Moral Thinking. Its Levels, Methods and Point*, Oxford: Clarendon Press 1981.
- Hare, Richard Mervin: „Utilitarianism“, in: Macquarrie, John/Childress James (Eds.): *A New Dictionary of Christian Ethics*, London: SCM Press 1986, 640–643.

⁵⁵ Rashdall, *Theory*, I 128.

⁵⁶ Hare, *Could Kant have been a Utilitarian?*, 148.

- Hare, Richard Mervin: Could Kant have been a Utilitarian?, in: Ders.: *Sorting out Ethics*, Oxford: Clarendon Press 1997, 147–165.
- Hart, Herbert L.A.: Bentham and Beccaria, in: Ders.: *Essays on Bentham. Jurisprudence and Political Theory*, Oxford: Clarendon Press 1982, 40–52.
- Hartmann, Nicolai: *Ethik*, Berlin: de Gruyter ⁴1962.
- Jones, Hardy E.: *Kant's Principle of Personality*, Madison: University of Wisconsin Press 1971.
- Kant, Immanuel: *Gesammelte Schriften*, hrsg. von der Königlich Preußischen Akademie der Wissenschaften, Berlin 1902ff. [Akademie Ausgabe: AA].
- Kant, Immanuel: *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, in: AA Bd. IV, 385–463. [= GMS].
- Kant, Immanuel: *Kritik der praktischen Vernunft*, in: AA Bd. V, 1–163. [= KpV].
- Kant, Immanuel: *Über ein vermeintes Recht aus Menschenliebe zu lügen*, in: AA Bd. VIII.
- Mackie, John Lesley: Can there be a Right-based Moral Theory, in: Waldron, Jeremy (Hg.): *Theories of Rights*, Oxford: Oxford University Press 1984, 168–181.
- Mill, John Stuart: *Utilitarianism/Der Utilitarismus*, übersetzt und herausgegeben von Dieter Birnbacher, Stuttgart: Reclam ²2006.
- Mill, John Stuart: *On Liberty/Über die Freiheit*, übersetzt von Bruno Lemke, Stuttgart: Reclam 2009.
- Mill, John Stuart: *A System of Logic*, London: Longmans, Green and Co ⁸1959.
- Nozick, Robert: *Anarchy, State and Utopia*, Malden, MA usw.: Blackwell 1974. (Deutsch: *Anarchie, Staat, Utopia*, München: Olzog 2011).
- Paulsen, Friedrich: *System der Ethik mit einem Umriß der Staats- und Gesellschaftslehre*, Stuttgart/Berlin: Cotta, ⁶1903.
- Prichard, Harold Arthur: Does Moral Philosophy Rest on a Mistake?, in: Ders.: *Moral Obligation. Essays and Lectures*, Oxford: Clarendon ⁴1971.
- Rashdall, Hastings: *The Theory of Good and Evil*, New York: Kraus Reprint 1971.
- Ross, William David: *The Right and the Good*, Oxford: Clarendon Press 1946.
- Schüller, Bruno: *Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der Moralthologie*, Düsseldorf: Patmos ³1987.
- Sidgwick, Henry: *The Methods of Ethics*, Indianapolis/Cambridge: Hackett ⁷1981.
- Singer, Peter: *The Most Good You Can Do: How effective altruism is changing ideas about living ethically*, New Haven/London: Yale University Press 2015.
- Taurek, John M.: Should the numbers count?, in: *Philosophy and Public Affairs* 6 (1977) 293–316.
- Thilly, Frank: Kant and Teleological Ethics, in: *Kantstudien* 8 (1904) 13–46.
- Walzer, Michael: *Just and Unjust Wars. A moral Argument with Historical Illustrations*, Harmondsworth: Penguin Books 1980.

- Weiß, Andreas-Michael: Deontologie und Teleologie. Einige Definitionen und Klärungen, in: Holderegger Adrian/Wolbert Werner (Hg.): Deontologie – Teleologie, Freiburg i. Ue.: Academic Press/Freiburg im Breisgau: Herder 2012 (= Studien zur theologischen Ethik 135), 15–44.
- Witschen, Dieter: Gerechtigkeit und teleologische Ethik, Freiburg i.Ue.: Universitätsverlag/Freiburg im Breisgau: Herder 1992 (= Studien zur theologischen Ethik 39).
- Witschen, Dieter: Warum gilt Kant als Erzdeontologe? in: Holderegger Adrian/Wolbert Werner (Hg.): Deontologie – Teleologie, Freiburg i. Ue.: Academic Press/Freiburg im Breisgau: Herder 2012 (= Studien zur theologischen Ethik 135), 227–247.
- Witschen, Dieter: Was verdient moralisch den Vorzug? Ethisches Abwägen durch Präferenzregeln, Stuttgart: Kohlhammer 2017.
- Wolbert, Werner: Der Mensch als Mittel und Zweck. Die Idee der Menschenwürde in normativer Ethik und Metaethik, Münster: Aschendorf 1987 (= Münsterische Beiträge zur Theologie Band 53).
- Wolbert, Werner: Vom Nutzen der Gerechtigkeit. Zur Diskussion um Utilitarismus und teleologische Theorie, Freiburg i.Ue.: Universitätsverlag/Freiburg im Breisgau: Herder 1992 (= Studien zur theologischen Ethik 44).
- Wolbert, Werner: Güterabwägung und Selbstzwecklichkeit. Zur Eigenart einer deontologischen Theorie und zur tugendethischen Alternative, in: Freiburger Zeitschrift für Philosophie und Theologie 52 (2005) 145–170.
- Wolbert, Werner: Menschenwürde und Autonomie. Theologisch-ethische Dimensionen, in: Baranzke Heike/Duttge Gunnar (Hg.): Autonomie und Würde. Leitprinzipien in Bioethik und Medizinrecht, Würzburg: Königshausen & Neumann 2013, 77–95.
- Wolf, Jean-Claude: John Stuart Mills „Utilitarismus“. Ein kritischer Kommentar, Freiburg: Alber 1992.

Die Verhältnismäßigkeit der Covid-19-Maßnahmen aus strafrechtlicher Sicht

Alois Birklbauer

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, inwieweit die strafrechtlichen Covid-19-Maßnahmen als verhältnismäßig einzustufen sind, insbesondere mit Blick auf den Ultima-Ratio-Grundsatz, der dem Strafrecht die Rolle des letzten Mittels zuschreibt, um die Ordnung in einem Staat aufrechtzuerhalten. Nach einer Einleitung (1.) werden Aspekte des materiellen Strafrechts (2.) sowie ausgewählte Maßnahmen aus dem Strafverfahrensrecht (3.) und Strafvollzugsrecht (4.) kurz dargestellt. In zusammenfassenden Schlussfolgerungen wird mit Blick auf die Möglichkeit der Verhaltenssteuerung durch Strafnormen abschließend die Frage der Verhältnismäßigkeit beurteilt (5.).

1. Einleitung

Wie die COVID-19-Krise verdeutlicht hat, verlangen Menschen in unsicheren Zeiten nach Regeln, die ihnen Sicherheit vermitteln. Je größer eine Krise, desto mehr scheint das Bedürfnis zu steigen, durch die Krise geleitet zu werden. Dabei kommt nicht nur Regeln, sondern auch Führungspersonen die Aufgabe zu, Orientierung zu vermitteln. Manche Personen gehen in dieser Aufgabe gleichsam auf und verlangen nach mehr Kompetenzen, um als „starke Männer“ das Volk leiten zu können. Dass dies eine Demokratie, in der das Recht vom Volk ausgeht (vgl. Art. 1 Bundes-Verfassungsgesetz [B-VG]¹), an seine Grenzen bringen kann, wenn Gesetzgebungsverfahren verkürzt werden, um die Beteiligung der verschiedenen Parlamentsabgeordneten, die für unterschiedliche Ideen und Werthaltungen einer Gesellschaft stehen, zurückzuschrauben, ist die Kehrseite. Die Verlockung für Regierungen, sich von den Parlamenten Not(verordnungs)rechte geben zu lassen, um Normschaffungsprozesse zu beschleunigen, ist groß. Verschiedene Länder sind unterschiedlich mit solchen Verlockungen um-

1 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG), Bundesgesetzblatt (BGBl.) 1/1930.

gegangen. Während die einen zur Bedachtsamkeit mahnten (z. B. Deutschland), schalteten andere die Parlamente nahezu völlig aus (z. B. Ungarn). Österreich hat einen Mittelweg gewählt, indem viel darangesetzt wurde, die Krise möglichst dramatisch aussehen zu lassen, damit das Parlament der – zumindest schleichenden – Machtverschiebung an die Regierung möglichst einhellig zustimmt und das Volk dies nicht allzu kritisch hinterfragt.

Das *materielle Strafrecht* blieb im Rahmen der COVID-19-Krise von Neuerungen verschont. Dies liegt zum einen daran, dass bereits ausreichende Strafnormen vorhanden waren, um die individuelle Gesundheit und die so genannte „Volksgesundheit“ vor Gefährdung zu schützen. Zum andern ist eine rasche Reaktion auf Normverstöße im Bereich des Strafrechts dadurch erschwert, dass es eine gewisse Zeit dauert, bis ein Urteil erfolgen kann und überdies Verurteilungen von einem unabhängigen Gericht erfolgen müssen. Da ist es verlockender, im Rahmen des Verwaltungsstrafrechts Verbote einzuführen, weil hier einerseits rasch über Normverstöße durch (erstinstanzliche) weisungsgebundene Behörden entschieden werden kann und erst im Falle eines Rechtsmittels ein unabhängiges (Verwaltungs-)Gericht sich der Sache annimmt. Andererseits ist die Sanktion im Verwaltungsstrafrecht letztlich fühlbarer als im (niederschweligen) Kriminalstrafrecht, gibt es doch im Verwaltungsbereich keine bedingten Strafen und sind die Geldstrafen infolge deren Ausgestaltung als Geldsummenstrafe weniger sozial gerecht als die von den Strafgerichten nach dem Tagessatzsystem² zu verhängenden Geldstrafen. Verwaltungsstrafen treffen daher sozial Schwache tendenziell härter als finanziell besser gestellte Personen. Die Reduktion der Verbotsnormen im Rahmen der COVID-19-Krise auf das Verwaltungsstrafrecht war damit unter dem Gesichtspunkt der sozialen Gerechtigkeit nicht unproblematisch.³

Der Schutz von Menschen vor Ansteckung mit dem COVID-19-Virus führte zu zahlreichen Änderungen im *Strafverfahrensrecht* sowie im Bereich des *Strafvollzugs*, vorwiegend um Kontakte zwischen den Gerichten und den Verfahrensbeteiligten bzw. den Strafgefangenen und dem Justizwachepersonal einzudämmen. „Social Distancing“ war auch hier das Schlagwort

2 Während bei der *Geldsummenstrafe* Unrecht und Schuld ebenso in der ausgesprochenen Summe der Geldstrafe ihren Ausdruck finden wie die finanzielle Leistungsfähigkeit des Normabweichers, wird im *Tagessatzsystem* differenziert: Die Anzahl der verhängten Tagessätze drückt Unrecht und Schuld aus, die konkrete Höhe des Tagessatzes die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Rechtsbrechers.

3 Die Geldstrafen für Verstöße gegen die Ausgangsbeschränkungen beliefen sich z. B. auf bis zu 3.600 Euro (vgl. § 3 COVID-19-Maßnahmengesetz, BGBl. I 12/2020).

der Stunde, um mitunter an Grundrechten und Verfahrensprinzipien zu rüttelten.

2. Ausreichend vorhandene Normen im materiellen Strafrecht

Die schon vor der COVID-19-Krise vorhandenen Bestimmungen des materiellen Strafrechts schützen einerseits das *Individualrechtsgut Leib und Leben* (§§ 75 ff Strafgesetzbuch [StGB]⁴), andererseits das *Universalrechtsgut Leben und Gesundheit der Allgemeinheit* („Volksgeundheit“) vor Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten (§§ 178 f StGB).⁵ Kann über das Individualrechtsgut Gesundheit vom jeweiligen Rechtsgutsträger verfügt werden, wodurch der Verursacher einer Gesundheitsschädigung Straffreiheit erlangt, wenn der Geschädigte sich bewusst der Gesundheitsgefährdung ausgesetzt hat, ist das Universalrechtsgut „Volksgeundheit“ einer strafbefreienden Disposition seitens des Geschädigten von vornherein entzogen.

2.1 Körperverletzungsdelikte

Die Körperverletzungsdelikte (§§ 83 ff StGB) erfassen neben der Beeinträchtigung eines konkreten Individuums in seiner körperlichen Integrität (Unversehrtheit) gleichermaßen die *Gesundheitsschädigung* als Beeinträchtigung des physischen und/oder psychischen Wohlbefindens, welche Krankheitswert im medizinischen Sinn besitzt.⁶ Dabei wird die Erheblichkeitsschwelle niedrig angesetzt, reicht doch z.B. für eine Körperverletzung (§ 83 Abs. 1 StGB) bereits eine nicht allzu große Hautrötung aus, um den Tatbestand zu begründen.⁷ Eine *COVID-19-Infektion* überschreitet somit, unabhängig von ihrem konkreten Verlauf, die Tatbestandsschwelle für eine Gesundheitsschädigung. Dauert diese *mehr als 24 Tage*, ist sie als „schwere Körperverletzung“ (§ 84 Abs. 1 StGB) einzustufen.

4 Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB), BGBl. 60/1974.

5 Siehe zu diesem Rechtsgut etwa *Murschetz* in WK² StGB §§ 178, 179 Rz 1.

6 Siehe dazu etwa *Burgstaller/Fabrizy* in WK² StGB § 83 Rz 9 ff.

7 Vgl. OGH 11 Os 180/76 = SSSt 48/20: linsengroßer Hautdefekt am Grundgelenk des 5. Fingers links und oberflächliche Hautabschürfungen an der linken Augenbraue.

2.2 Gefährdung der „Volksgesundheit“

Die Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten (§§ 178 f StGB) setzt zunächst eine geeignete Handlung voraus, um die Gefahr der Verbreitung einer übertragbaren Krankheit unter Menschen herbeizuführen. Dabei gelten als *übertragbare Krankheiten* jene, bei denen ein Krankheitserreger unmittelbar oder mittelbar von einem Individuum auf ein anderes übergehen kann.⁸ Im Unterschied zu den Körperverletzungsdelikten kommt es hier nicht darauf an, dass tatsächlich jemand durch das Verhalten eines anderen infiziert wird, sondern es reicht aus, dass die *Gefahr einer Verbreitung*, also eine Zunahme des Ausdehnungsbereichs der Krankheit herbeigeführt wird, ohne dass es epidemischer Ausmaße bedürfe.⁹

Damit die Strafbarkeit nicht zu sehr ausufert, muss die Krankheit ihrer Art nach zu den zumindest *beschränkt anzeige- oder meldepflichtigen Krankheiten* gehören, um nicht auch relativ ungefährliche Krankheiten wie Schnupfen oder Grippe unter das Delikt zu subsumieren.¹⁰ Diese Anzeige- bzw. Meldepflicht ist eine *objektive Bedingung der Strafbarkeit*,¹¹ die dem Täter weder bewusst noch für ihn erkennbar gewesen sein muss.

COVID-19 ist eine *übertragbare Krankheit*, deren Erreger unmittelbar oder mittelbar von einem Individuum auf ein anderes übergehen kann. Die Krankheit ist *meldepflichtig* nach § 1 Abs. 1 Z. 1 Epidemiegesetz,¹² wodurch auch die genannte objektive Bedingung der Strafbarkeit als Voraussetzung für eine Subsumtion unter §§ 178 f StGB erfüllt ist.

2.3 Vorsätzliche und fahrlässige Begehungsweise

Das Strafrecht erfasst sowohl bei der Körperverletzung als auch der Gefährdung von Menschen durch übertragbare Krankheiten vorsätzliche und fahrlässige Begehungsweisen. *Fahrlässigkeit* im Sinne von § 6 StGB setzt die *objektive Sorgfaltswidrigkeit* eines Verhaltens voraus. Eine solche liegt vor, wenn entweder gegen eine positivierte Rechtsvorschrift (Gesetz oder Ver-

8 Vgl. *Leukauf/Steininger/Tipold*, StGB⁴ § 178 Rz 2.

9 Vgl. *Leukauf/Steininger/Tipold*, StGB⁴ § 178 Rz 8; *Murschetz* in WK² StGB §§ 178, 179 Rz 2.

10 Vgl. *Leukauf/Steininger/Tipold*, StGB⁴ § 178 Rz 5.

11 Siehe etwa *Leukauf/Steininger/Tipold*, StGB⁴ § 178 Rz 4; *Murschetz* in WK² StGB §§ 178, 179 Rz 5.

12 Epidemiegesetz 1950, BGBl. 186/1950. Die Bestimmung nennt MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus/„neues Corona-Virus“).

ordnung) oder eine berufsspezifische Sorgfaltsnorm (*leges artis*) verstoßen wird. Fehlt es an solchen generellen Verhaltensanordnungen, wird subsidiär auf den einsichtigen und besonnenen Menschen aus dem Verkehrskreis des Täters abgestellt (objektiver Dritter), der sich in der konkreten Situation anders, nämlich weniger riskant verhalten hätte.¹³ Im Unterschied dazu bedeutet *Vorsatz* nach der Legaldefinition des § 5 Abs. 1 StGB die Erfüllung eines strafrechtlichen Tatbestands ernstlich für möglich halten (Wissenskomponente) und sich mit dieser Erfüllung abfinden (Wollenskomponente). Ein Täter, der das mit seinem Verhalten einhergehende objektive Risiko erkennt und dessen Verwirklichung in Kauf nimmt, indem er sein Verhalten in Kenntnis dieses konkreten Risikos setzt, handelt vorsätzlich.¹⁴

Da die gesundheitlichen Risiken einer COVID-19-Infektion spätestens seit dem Shut Down Mitte März 2020 allgemein bekannt sind, besteht für Personen, die *selbst infiziert* sind, in den meisten Fällen eine Strafbarkeit wegen *vorsätzlicher Körperverletzung* (§§ 83 ff StGB), wenn sie die Kontakte mit anderen Menschen nicht begrenzen und gegen Quarantäneauflagen verstoßen, sofern sich die *Kausalität* des gesetzten Verhaltens für die Ansteckung eines anderen nachweisen lässt. Bei fehlendem Vorsatz wird zumindest eine *fahrlässige Körperverletzung* (§ 88 StGB) naheliegen, denn wer infiziert ist oder infiziert sein könnte und sich nicht an Quarantäneregeln hält, handelt objektiv sorgfaltswidrig, weil er gegen positivierte Normen verstößt. Eine eingetretene Gesundheitsschädigung liegt im Schutzbereich der verletzten Norm.

Schwieriger ist die Strafbarkeit wegen Körperverletzung für jene zu begründen, die sich *nicht an die allgemein verordneten Ausgehbeschränkungen* halten, die unabhängig von einer eigenen Erkrankung gelten. Hier wird ebenfalls gegen positiviertes Recht verstoßen, dessen Schutzzweck in der Eindämmung des Ansteckungsrisikos mit COVID-19 besteht. Wenn es also gelingt, einen Kausalzusammenhang zwischen einer Infektion und einem konkreten Verursacher, der die Ausgangsbeschränkungen verletzt hat, herzustellen, was mitunter schwierig ist, liegt es nahe, das Verhalten unter den Tatbestand der Körperverletzungsdelikte zu subsumieren.

Für die *vorsätzliche Gefährdung mit übertragbaren Krankheiten* (§ 178 StGB) muss sich der *Vorsatz* lediglich auf die *Eignung* des Verhaltens beziehen, die *Gefahr der Verbreitung* einer übertragbaren Krankheit unter Men-

13 Siehe zu den Grundzügen der Fahrlässigkeit mit Nachweisen zum Meinungsstand etwa *Burgstaller/Schütz* in WK² StGB § 6 Rz 33 ff und 42 ff.

14 Zu dieser Untergrenze des Vorsatzes siehe mit Nachweisen zum Meinungsstand etwa *Reindl-Krauskopf* in WK² StGB § 5 Rz 34 ff.

schen herbeizuführen,¹⁵ was bei den allgemein zugänglichen Informationen über COVID-19 seit März 2020 gegeben ist, wenn es jemand ernstlich für möglich hält und sich damit abfindet, *selbst infiziert* zu sein. Die subjektive Einschätzung der genannten Infektion als minder gefährlich spielt hier keine Rolle, weil es nur auf die objektive Anzeige- bzw. Meldepflicht ankommt. Nur wenn jemand die eigene Infektion nicht erkennt, wird der für § 178 StGB erforderliche Vorsatz fehlen.

Eine *fahrlässige Gefährdung mit übertragbaren Krankheiten* (§ 179 StGB) lässt sich wohl nicht in Fällen begründen, in denen jemand davon ausgeht, selbst infektiösfrei zu sein. Hier kann die *bloße Verletzung von Ausgangsbeschränkungen* mangels „typischer Gefährdungseignung“ des gesetzten Verhaltens *nicht als ausreichend* für die Tatbestandsverwirklichung angesehen werden. Dies ergibt sich aus der Stoßrichtung des genannten Delikts, die Gefährdung von Menschen durch ansteckende Krankheiten zu verhindern. Für Verstöße gegen Ausgangsbeschränkungen ist die Sanktionierung nach den verwaltungsstrafrechtlichen Bestimmungen ausreichend.¹⁶

3. Maßnahmen im Bereich des Strafprozessrechts

Das Ziel der COVID-19-Krise, Menschen in ihrem täglichen Lebensbereich vor Ansteckung zu schützen, hat zu wesentlichen Veränderungen im Strafverfahrensrecht geführt, da Verfahren von persönlichen Interaktionen leben. Im Folgenden wird auf die im Rahmen von COVID-19-Maßnahmen erleichterte Möglichkeit von Videovernehmungen sowie die faktische Beschränkung der Öffentlichkeit in der Hauptverhandlung eingegangen, mit Blick auf die Beschränkung von Grundrechten. Besuchsbeschränkungen bei der Untersuchungshaft (U-Haft) werden beim Strafvollzug mitbehandelt. Es soll an dieser Stelle nicht verschwiegen werden, dass es auch Änderungen gab, die Rechtsbrecher begünstigten, wie z. B. die Verlängerung der Fristen zur Erbringung von sanktionersetzenden Leistungen im Zusammenhang mit einer Verfahrenseinstellung (Diversion). Diese werden im vorliegenden Beitrag aus Platzgründen jedoch nicht weiter dargestellt.¹⁷

15 Vgl. *Leukauf/Steininger/Tipold*, StGB⁴ § 178 Rz 9.

16 Siehe dazu *Cohen*, JSt 2020, S. 204 ff.

17 Eingehend zu den weiteren Änderungen in der StPO *Birklbauer in Resch*, Corona-HB Kap 16 Rz 25 ff.

Die meisten Änderungen im Bereich des Strafprozessrechts sind durch § 9 1. COVID-19-JuBG¹⁸ ergangen. Dabei erfolgten manche unmittelbar in der StPO und ohne Befristung. Diese können in der Zukunft bei vergleichbar gehäuften Erkrankungen leichter nutzbar gemacht werden, indem nicht mehr auf entsprechende Sondergesetze gewartet werden muss. § 9 1. COVID-19-JuBG räumt der Bundesministerin für Justiz (BMJ) weitgehende *Verordnungsermächtigungen* zur Konkretisierung von bestimmten Maßnahmen ein.

3.1 Erleichterte Ermöglichung von Videovernehmungen

Eine zentrale Änderung betrifft die (erleichterte) *Vernehmung von Beschuldigten und Zeugen per Video*. Diese Möglichkeit wurde als gleichsam Alternative der „innerstaatlichen Rechtshilfe“ bereits im Jahre 2010 in die Strafprozessordnung (StPO)¹⁹ eingefügt,²⁰ allerdings nur für die U-Haft und begrenzt auf den Fall, dass der Aufenthaltsort eines Zeugen oder Beschuldigten außerhalb des Sprengels der zuständigen Staatsanwaltschaft (StA) oder des zuständigen Gerichts liegt und eine unmittelbare Vernehmung verfahrensökonomisch nicht zweckmäßiger erscheint. Im Rahmen der COVID-19-Krise wurde diese Möglichkeit nun auf Fälle einer Pandemie ausgedehnt (§ 174 Abs. 1 Satz 2 StPO²¹). *Videovernehmungen beim Pflichtverhör zur U-Haft-Verhängung* wurden damit auch dann zulässig, wenn der Beschuldigte direkt in der Justizanstalt des zuständigen Gerichts angehalten wird. Damit sollen COVID-19-Erkrankungen durch direkten persönlichen Kontakt zwischen Häftlingen, Bediensteten der Justizanstalt und Angehörigen von Gericht und StA möglichst verhindert werden. Mit demselben Ziel wurden Videovernehmungen bei Verhandlungen zur *U-Haft-Verlängerung* ermöglicht (§ 176 Abs. 3 StPO).

Da die Möglichkeit für derartige Videovernehmungen nach dem Gesetzeswortlaut auf das Vorliegen einer Pandemie oder eine Verordnung der BMJ zur Verhütung und Bekämpfung anzeigepflichtiger Krankheiten beschränkt ist, sollte nach den Vorstellungen des Gesetzgebers die Verhält-

18 Bundesgesetz betreffend Begleitmaßnahmen zu COVID-19 in der Justiz (1. COVID-19-Justiz-Begleitgesetz – 1. COVID-19-JuBG); BGBl. I 16/2020. Dieses Gesetz tritt gemäß seinem § 12 mit 31.12.2020 außer Kraft.

19 Strafprozeßordnung 1975 (StPO); BGBl. 1975/631.

20 BGBl. I 111/2010.

21 BGBl. I 14/2020.

nismäßigkeit gewahrt werden,²² zumal eine derartige Verordnung meist nur zeitlich befristet gelten wird und damit letztlich keine von Krisenfällen unabhängige Erweiterung der StPO erfolgt. Eine solche Verordnung ist mittlerweile ergangen,²³ wobei die darin ursprünglich vorgesehene Verpflichtung zur Videovernehmung bereits tags darauf in eine schlichte Möglichkeit umgewandelt wurde.²⁴ Damit lag die Entscheidung gegen eine Videovernehmung letztlich im Ermessen des Gerichts, ohne dass jedoch die Verordnung dafür Kriterien normierte.

Besteht grundsätzliches Verständnis für die Erweiterung der Möglichkeiten einer Videovernehmung im Zusammenhang mit der COVID-19-Krise, gilt dies weniger für die ebenfalls getroffene Veränderung, *Entscheidungen über die Fortdauer der U-Haft ohne Haftverhandlung* und damit ohne Vernehmung des Gefangenen (zumindest per Video) zu ermöglichen.²⁵ Hier scheint der Bequemlichkeitsgedanke eine Rolle gespielt zu haben, denn eine Ansteckung mit COVID-19 kann auch durch eine Videovernehmung verhindert werden und braucht keinen Verhandlungsverzicht. Die Bedenken gegen diese Erweiterung werden noch dadurch gestützt, dass nähere Kriterien für einen Verhandlungsverzicht fehlen. Dem wurde zwar in einer Novellierung von § 9 Z 4 1. COVID-19-JuBG durch Ergänzung um den Satz: „soweit im Einzelfall eine Durchführung der Haftverhandlung unter Verwendung technischer Einrichtungen zur Wort- und Bildübertragung nicht möglich ist“²⁶ versucht, abzuhelpen, eine ausreichende Bestimmtheit wohnt aber auch dieser Neufassung nicht inne. Damit könnte es für einen Verhandlungsverzicht sowohl ausreichend sein, dass der zuständige Richter im Home-Office arbeitet, in freiwilliger Quarantäne ist oder über kein leistungsfähiges Internet verfügt, mit dem er eine Videovernehmung durchführen könnte, als auch, dass sich der zuständige Richter mit der entsprechenden Technik nicht auseinandersetzen will und deshalb auf eine Videovernehmung verzichtet. Sachgerecht erscheint diese Unbe-

22 Vgl. Bericht des Budgetausschusses des Nationalrates, Nr. 104 der Beilagen zu den Stenographischen Protollen des Nationalrats (BlgNR) 27. Gesetzgebungsperiode (GP) S. 1.

23 Die ursprüngliche Verordnung der BMJ vom 16.3.2020 (BGBl. II 99/2020) wurde von der Verordnung BGBl. II 113/2020 abgelöst. Sie tritt entsprechend ihrem § 8 mit 30.9.2020 außer Kraft (BGBl. II 243/2020).

24 Vgl. BGBl. II 114/2020.

25 Hierzu räumte § 9 Z 4 1. COVID-19-JuBG der BMJ eine Verordnungsermächtigung ein, von der sie durch BGBl. II 113/2020 Gebrauch gemacht hat. Die entsprechende Bestimmung der Verordnung tritt nach ihrem § 8 mit 30.9.2020 außer Kraft (BGBl. II 243/2020).

26 BGBl. I. 24/2020 Art 32 Z 7.

stimmtheit mit Blick auf den Verlust an rechtsstaatlichen Garantien, die eine Vernehmung beinhaltet, nicht.

Videovernehmungen wurden zur Verhinderung von COVID-19-Infektion auch für die *Hauptverhandlung* ermöglicht.²⁷ Nach § 239 Satz 2 StPO²⁸ braucht ein *verhafteter Angeklagter* nicht mehr zur Hauptverhandlung vorgeführt werden, sondern er kann dieser per Videoschaltung folgen und sich auch per Video einbringen, wodurch seine Beschuldigtenrechte gewahrt bleiben (sollten). Eine Einschränkung wurde mit Wirkung 1. Juni 2020 dahingehend getroffen, dass im Geschworenverfahren ein solches Vorgehen nur dann zulässig ist, wenn „es im Einzelfall besonders gewichtige Gründe für unabdingbar erscheinen lassen“²⁹.

Bei allem Verständnis für die Nutzung neuer technischer Möglichkeiten darf bei näherer Betrachtung nicht übersehen werden, dass damit ein beträchtlicher Verlust an Verteidigungsmöglichkeiten einher gehen kann. Dies erscheint insofern wenig bedacht worden zu sein, als sich nirgends eine Regelung findet, wie etwa in Fällen einer Videovernehmung mit der *Beiziehung eines Verteidigers* umzugehen ist und wo er sich bei der Vernehmung befinden soll. Naheliegend wäre es, dass der Verteidiger *beim Beschuldigten in der Haftanstalt sitzt* (in entsprechendem Abstand und unter Einhaltung der erforderlichen Sicherheitsbestimmungen), denn eine bloße Zuschaltung des Verteidigers per Video wird vielfach nicht ausreichen, weil auf diese Weise eine unkontrollierte Besprechung zwischen Verteidiger und Mandant nicht gewährleistet ist.³⁰ Für die Hauptverhandlung bedeutet dies freilich, dass die unmittelbare Möglichkeit, sich in die Verhandlung einzubringen, verloren geht, wenn der Verteidiger nicht unmittelbar vor Ort ist. Dies könnte die Qualität der Verteidigung beeinträchtigen. Insofern wäre es besser, der Verteidiger würde im Verhandlungssaal sitzen, wodurch aber wiederum eine unumschränkte Kommunikation mit seinem Mandanten nur bei einer Unterbrechung der Hauptverhandlung möglich wäre, im Zuge derer der Verteidiger seinen Mandanten in der Jus-

27 Zu den ebenfalls geschaffenen Möglichkeiten von Videovernehmungen im Rechtsmittelverfahren siehe *Birklbauer in Resch, Corona-HB* Kap 16 Rz 51 ff.

28 BGBl. I 14/2020.

29 § 4 der Verordnung der BMJ zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19; BGBl. II 113/2020 in der Fassung 243/2020.

30 Laut Mitteilung von BMJ *Zadić* gegenüber dem Parlament wurde auf die Kritik von Rechtsanwälten, dass Angeklagte bei Videoverhandlungen nicht immer die Möglichkeit hätten, sich ungestört mit ihrem Verteidiger zu unterhalten, insofern reagiert, als U-Häftlingen ein Handy zur Verfügung zu stellen ist, damit sie sich – ungestört – mit ihren Verteidigern unterhalten können (Parlamentskorrespondenz Nr. 372 vom 24.04.2020).

tizanstalt aufsucht. Diese Überlegungen zeigen mit Blick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und Grundrechtsüberlegungen, dass Hauptverhandlungen per Videokonferenz die absolute Ausnahme bleiben müssen und einer Vertagung von Verhandlungen auf Zeiten nach den COVID-19-Beschränkungen der Vorzug zu geben ist, was jedoch mit Blick auf das Beschleunigungsgebot, das für Haftsachen gilt, problematisch sein kann.

3.2 Faktische Beschränkung öffentlicher Hauptverhandlungen

Art 90 Abs. 1 B-VG normiert die Verpflichtung zur *Öffentlichkeit von Verhandlungen in Strafsachen* mit dem Vorbehalt, dass Ausnahmen das Gesetz bestimmt. In ähnlicher Weise kennt Art. 6 Abs. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK)³¹ den Öffentlichkeitsgrundsatz. Sinn dessen ist es, sowohl eine (demokratische) Kontrolle der Justiz zu ermöglichen als auch den Angeklagten vor einer überbordenden Gerichtsbarkeit zu schützen.³²

In Umsetzung dieser Verfassungsnormen lässt die StPO Einschränkungen der Öffentlichkeit zu, wobei jedoch die *Verkündung des Urteils immer öffentlich* erfolgen muss (§ 229 Abs. 4 StPO). Für die *Verhandlung* kann die Öffentlichkeit unter anderem wegen Gefährdung der öffentlichen Ordnung oder der nationalen Sicherheit ausgeschlossen werden (§ 229 Abs. 1 Z. 1 StPO). Ob das Ansteckungsrisiko bei einer Pandemie darunter zu subsumieren ist, bleibt fraglich.³³ Und selbst bei einem Ausschluss der Öffentlichkeit dürfen Richter, StA und Strafverteidiger, auch wenn sie mit dem konkreten Verfahren nichts zu tun haben, niemals ausgeschlossen werden. Zudem dürfen Angeklagte, Opfer und Privatbeteiligte verlangen, dass drei Personen ihres Vertrauens der Zutritt gestattet werde (vgl. § 230 Abs. 2 StPO). Dadurch soll stets ein Mindestmaß an Kontrolle der Justiz gewährleistet bleiben.

Nun hat es der Gesetzgeber im Zuge der COVID-19-Gesetze nicht gewagt, in den verfassungsrechtlich gewährleisteten Öffentlichkeitsgrundsatz einzugreifen. Selbst wenn verhaftete Angeklagte per Video vernommen werden (vgl. § 239 Satz 2 StPO), durften Zuhörer der Hauptverhandlung

31 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten; BGBl. 210/1958.

32 Siehe dazu mit Nachweisen etwa Birklbauer, JSt 2009, S. 109; weiters Danek/Mann in WK-StPO § 228 Rz 4.

33 Siehe dazu die Beispiele bei Danek/Mann in WK-StPO § 229 Rz 2 f, welche allgemeine Gesundheitserwägungen nicht zu tragen vermögen.

beiwohnen. Allerdings hat dies die entsprechende Verordnung des Gesundheitsministers, welche infolge des § 2 COVID-19-Maßnahmengesetzes³⁴ ergangen ist³⁵, zumindest entsprechend der Darstellung seitens der Bundesregierung nicht zugelassen. Bei den in § 2 normierten Ausnahmen vom Verbot des Betretens öffentlicher Orte war die Wahrung von Grundrechten oder die Inanspruchnahme von Grundsätzen der Demokratie, wie sie z. B. hinter dem Öffentlichkeitsgrundsatz stehen, nicht angeführt. Insofern wäre es nicht erlaubt gewesen, das Haus zu verlassen, um einer öffentlichen Gerichtsverhandlung als Zuhörer beizuwohnen. Überspitzt formuliert war eine Verhandlung zwar de jure weiterhin öffentlich, de facto aber infolge der genannten Verordnung nicht, weil der Weg zum Gericht keine Ausnahme vom Verbot, öffentliche Orte zu betreten, bildete. Der Gesundheitsminister hatte somit gleichsam per Verordnung den verfassungsrechtlichen Öffentlichkeitsgrundsatz untergraben. Unabhängig von der Beurteilung, ob eine derartige Verordnung überhaupt verfassungsrechtlich gedeckt ist, sollte die Möglichkeit, Verfassungsgrundsätze derart leicht aus den Angeln zu heben, unter Verhältnismäßigkeitsaspekten nachdenklich stimmen.³⁶

Freilich war auch eine andere Lesart der Verordnung möglich, welche die Regierungsspitze rasch als „Interpretation spitzfindiger Juristen“ bezeichnet hat, obwohl sie sich nur am Wortlaut der Norm orientierte, wie es Juristen am Beginn ihres Studiums lernen. § 2 Z. 5 der genannten Verordnung nannte als Ausnahme vom Verbot des Betretens öffentlicher Orte im Freien, wenn diese „alleine, mit Personen, die im gemeinsamen Haushalt leben, oder mit Haustieren betreten werden sollen, gegenüber anderen Personen ist dabei ein Abstand von mindestens einem Meter einzuhalten“. Ein bestimmter Zweck des Betretens war darin nicht genannt und damit nicht erforderlich. Sportliche Betätigung, Spaziergehen oder schlichter Aufenthalt im Freien zum Sonnenbaden waren damit ebenso zulässig wie der Weg zu Freunden oder auch zum Gericht, um einer Ladung Folge zu leisten oder einer Verhandlung beizuwohnen. Das immer wieder seitens der Regierung ins Spiel gebrachte Verbot, andere Menschen zu besuchen, mag zwar zur Eindämmung der Pandemie vernünftig gewesen sein, es fand aber weder in den entsprechenden Gesetzen noch in den dazu ergangenen Verordnungen seine Deckung.

34 BGBl. I 12/2020.

35 BGBl. II 98/2020 in der Fassung 162/2020. Diese Verordnung ist entsprechend ihrem § 7 mit 30.4.2020 außer Kraft getreten.

36 Kritisch zu dieser Maßnahme *Birklbauer*, JSt 2020, S. 197.

Für die Öffentlichkeit der Hauptverhandlung war aus der interpretierbaren Zulässigkeit, zum Gericht zu gelangen, jedoch mitunter wenig gewonnen, weil potentielle Zuhörer es zwar bis zum Gericht schafften, aber nicht in das (verschlossene) Gebäude gelangten bzw. die Sicherheitskontrolle eine für sie unüberwindliche Schranke bildete. Damit kam es faktisch infolge der COVID-19-Maßnahmen zumindest in den ersten Wochen nach dem Shut Down zu keinen öffentlichen Hauptverhandlungen, obwohl Hauptverhandlungen durchgeführt wurden. Dies ist unter rechtlichen Aspekten, insbesondere mit Blick auf die Grundrechte unverhältnismäßig und bedenklich.

4. Maßnahmen im Bereich des Strafvollzugs

Das bereits erwähnte 1. COVID-19-JuBG hat der BMJ auch im Bereich des Strafvollzugs verschiedene Verordnungsermächtigungen eingeräumt. Durch den Verweis auf die sinngemäße Anwendung des I. Hauptstücks des genannten Gesetzes stehen diese unter dem Leitgedanken, „einerseits die Gefahr eines Übergreifens des Virus auf den Strafvollzug möglichst hintanzuhalten, andererseits aber auch das System des Strafvollzugs, einschließlich seiner rechtsstaatlichen Garantien, möglichst aufrechtzuerhalten bzw. zu bewahren, um so bestmöglich zur Sicherheit der Allgemeinheit, aber nicht zuletzt auch der Strafvollzugsbediensteten und der im Strafvollzug befindlichen Personen beizutragen“.³⁷ Die folgenden Ausführungen betreffen beispielhaft die Möglichkeiten zum Haftaufschub sowie die Einschränkungen des Besuchsverkehrs gegenüber Gefangenen, um die Frage, inwieweit die COVID-19-Maßnahmen im Bereich des Strafrechts verhältnismäßig waren, abzurunden.³⁸

4.1 Möglichkeiten zum Haftaufschub

§ 10 Z 1 1. COVID-19-JuBG erlaubt es der BMJ, per Verordnung das *Unterbleiben der Aufforderung zum Strafantritt* für einen auf freiem Fuß befindlichen rechtskräftig zu einer Freiheitsstrafe Verurteilten (§ 3 Abs. 2 erster

37 Initiativantrag (IA) Nr. 397/A 27. GP S. 39.

38 Zu den anderen Änderungen im Bereich des Strafvollzugs siehe Birklbauer in Resch, Corona-HB Kap 16 Rz 79 ff.

Satz StVG³⁹) für die Dauer von COVID-19-Maßnahmen, also längstens bis 31.12.2020, *anzuordnen*, während § 10 Z 4 1. COVID-19-JuBG generell einen *Vollzugaufschub* (§ 6 Abs. 1 StVG) für Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren ermöglicht, um den Zugang in den Strafvollzug zu beschränken. Darüber hinaus ermächtigt § 10 Z 3 1. COVID-19-JuBG dazu, mit COVID-19 infizierte Personen oder solche, die wegen Kontakts mit infizierten Personen unter Quarantäne stehen, gemäß § 5 StVG als (ursprünglich) und § 133 StVG als (nachträglich) *vollzugsuntauglich* einzustufen. Dies bedeutet nicht, dass diese Personen in jedem Fall auf freiem Fuß bleiben oder enthaftet werden, sondern allenfalls eine Haft anderer Art (z.B. in einer öffentlichen Krankenanstalt) vollzogen werden kann, wenn die Kapazitäten der Justizanstalten zur medizinischen Behandlung und zu besonderen Quarantänemaßnahmen erschöpft sind.⁴⁰ Eine solche Haft anderer Art in einer Krankenanstalt ist für den Verurteilten günstig, weil er durch seine Krankheit ohnehin in seiner Freiheit beschränkt ist und mit dem „besonderen Strafvollzug“ im Ergebnis einen Teil seiner Freiheitsstrafe auf diese Weise verbüßt.

Die Umsetzung dieser positiv zu bewertenden gesetzlichen Ermächtigungen durch die BMJ war bemerkenswert. Nach § 2 der entsprechenden Verordnung⁴¹ war zwar bei einem Verurteilten, der sich auf freiem Fuß befand, ein Strafantritt aufzuschieben⁴², davon wurden aber Verurteilte wegen einer in § 33 Abs. 2 StGB umschriebenen Tat (im Wesentlichen Gewalt im sozialen Nahbereich, in hohem Ausmaß oder unter Waffeneinsatz) oder sonst wegen eines bestimmten Sexualdelikts (§§ 201, 202, 205, 205a, 206, 207, 207a oder 207b StGB) ausgenommen. Durch diesen *Ausschluss bestimmter Tätergruppen vom Vollzugaufschub* war die Verordnung deutlich enger als es das Gesetz erforderte. Damit wurde letztlich ausgedrückt, dass solche Straftäter weniger vor COVID-19-Infektionen zu schützen sind, was unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten und mit Blick auf die Menschenwürde mehr als bedenklich ist.

39 Bundesgesetz vom 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG); BGBl. 144/1969.

40 IA 397/A 27. GP S. 39.

41 Verordnung der BMJ über besondere Vorkehrungen im Anwendungsbereich des StVG zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 vom 26.3.2020; BGBl. II 120/2020. Die Verordnung tritt nach ihrem § 10 mit 31.12.2020 außer Kraft.

42 Das ursprüngliche Aufschubdatum bis 30.4.2020 wurde mittlerweile auf 30.6.2020, in bestimmten Fällen sogar auf 31.10.2020 geändert (BGBl. II 184/2020); dazu näher *Birklbauer in Resch*, Corona-HB Kap 16 Rz 83/1.

4.2 Besuchsbeschränkungen

Menschen in Haft sind in ihren Kontakten zur Außenwelt von vornherein stark beschränkt. Um den vorhandenen persönlichen und familiären Beziehungen überhaupt eine Chance zu geben, sind sie – auch mit Blick auf die Resozialisierung – dennoch wesentlich. Da durch Besuche ein Infektionsrisiko besteht, war die Einschränkung der Besuchsmöglichkeiten im Rahmen der COVID-19-Krise naheliegend. Vor diesem Hintergrund ermächtigte § 10 Z 5 1. COVID-19-JuBG die BMJ, den Besuchsverkehr (§ 93 StVG) für die Dauer der vorläufigen COVID-19-Maßnahmen auf *telefonische Kontakte* zu beschränken oder *sonstige Beschränkungen des Verkehrs mit der Außenwelt* vorzusehen, wobei sich für diese Beschränkungen keine weitere Determinierung fand.⁴³ Mit § 5 der entsprechenden Verordnung⁴⁴ wurde der Besuchsverkehr (§ 93 StVG), mit Ausnahme der Besuche von Vertretern öffentlicher Stellen und von Betreuungseinrichtungen sowie von Rechtsbeiständen (§ 96 StVG) letztlich bis zum 10.5.2020⁴⁵ auf telefonische Kontakte beschränkt. Das Besuchsverbot zwischen 1. und 10.5.2020 wurde insofern gelockert, als ab diesem Zeitpunkt *Besuche einzelner Personen* zugelassen wurden, bei unter 14-jährigen Besuchern auch mit einer erwachsenen Begleitperson. Damit sollte einerseits gewährleistet werden, dass Infektionen von Strafgefangenen und Vollzugspersonal mit COVID-19 nach Möglichkeit verhindert werden, andererseits doch auch den Rechten von Gefangenen entsprochen werden. Insgesamt kann diese Regelung als verhältnismäßig eingestuft werden.

43 Eine inhaltsgleiche Ermächtigung sieht § 9 Z 5 1. COVID-19-JuBG für den Bereich der U-Haft (§ 188 Abs 1 StPO) vor.

44 BGBl. II 120/2020.

45 BGBl. II 184/2020. Zur inhaltsgleichen Regelung für die U-Haft siehe § 5 der Verordnung der BMJ, mit der zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 besondere Vorkehrungen in Strafsachen getroffen werden (BGBl. II 113/2020 in der Fassung BGBl. II 180/2020). Die Verordnung spricht hier allerdings von „Strafgefangenen“, wodurch die Anwendbarkeit der Beschränkungen auf U-Häftlinge infolge der Unschuldsvermutung (Art. 6 Abs. 2 EMRK) fraglich ist; siehe dazu Birklbauer in Resch, Corona-HB Kap 16 Rz 42/1.

5. Zusammenfassende Schlussfolgerungen

Dass der Gesetzgeber *keine neuen Strafbestimmungen im Bereich des gerichtlichen materiellen Strafrechts* geschaffen hat, war eine Folge des Ultima-Ratio-Gedankens und hat insofern dem *Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprochen*. Durch die Schaffung von Strafnormen im Bereich des Verwaltungsstrafrechts hat der Gesetzgeber ausreichend reagiert, zumal durch diese Normen indirekt auch eine Strafbarkeit wegen Körperverletzungs- und Gesundheitsgefährdungsdelikten des StGB entstehen kann, wenn sich durch (vorsätzliches oder fahrlässiges) normwidriges Verhalten von infizierten oder auch nicht-infizierten Personen eine konkrete Ansteckung nachweisen lässt. Dass Verwaltungsstrafen aber tendenziell weniger sozial gerecht sind als gerichtliche Geldstrafen, soll in diesem Zusammenhang nicht unerwähnt bleiben.

Beim *Strafverfahrensrecht* war die Grundidee, *Vernehmungen per Video* zu führen, um direkte Kontakte zu vermeiden, verhältnismäßig, wenn die Verteidigungsrechte ausreichend gewahrt werden. Die ausreichende Wahrung von Verteidigungsrechten blieb aber im Rahmen der Normschaffung weitgehend unberücksichtigt. Für die zugelassene Möglichkeit, auf *Verhandlungen zur Haftverlängerung zu verzichten* und den Freiheitsentzug ohne Vernehmung des Inhaftierten fortzusetzen, fehlte jede Notwendigkeit. Diese Maßnahme im Bereich des Strafverfahrens ist als unverhältnismäßig und grundrechtlich bedenklich zu qualifizieren. Gleiches gilt für die *faktische Beschränkung der Öffentlichkeit einer Hauptverhandlung* während des Shut Downs.

Für den *Strafvollzug* ist das Ansinnen, Gefangene von COVID-19-Infektionen zu schützen, infolge des besonderen Schutzverhältnisses des Staates gegenüber diesen Menschen grundsätzlich verhältnismäßig. Insofern waren auch die Besuchsbeschränkungen ein richtiger Weg. Strafantritte bei vertretbarem Risiko für die Gesellschaft aufzuschieben war ebenso ein richtiger Schritt. Dass aber bestimmte Straftätergruppen, die sich auf freiem Fuß befanden, was ein entsprechendes fehlendes Gefährdungspotential inkludiert, um jeden Preis sofort ins Gefängnis mussten, ist absolut unverhältnismäßig und zeugt von einem Menschenbild, das eines liberal-demokratischen Rechtsstaats, der den Grundrechten verpflichtet ist, absolut unwürdig ist.

Die Gesamtbewertung der Verhältnismäßigkeit der COVID-19-Maßnahmen aus strafrechtlicher Sicht fällt somit gemischt aus. Der Weg, keine Neuerungen im materiellen Strafrecht vorzunehmen und die neuen technischen Möglichkeiten im Rahmen von Strafverfahren zu nutzen, um auch hier ein „Social Distancing“ zu ermöglichen, war jedenfalls vertret-

bar. Freiheitsentziehungen rein nach Lage der Akten zu verlängern oder die Öffentlichkeit von Hauptverhandlungen faktisch auszuschließen, war dagegen grundrechtlich bedenklich. Das Ansinnen, bestimmte Straftätergruppen (Gewalt- und Sexualtäter) systematisch der möglichen Gefahr einer Infektion mit dem Corona-Virus auszusetzen, ist nicht nur nicht zu rechtfertigen, sondern der dahinterstehende Gedanke ist menschenverachtend und einer liberalen Demokratie unwürdig.

Literatur

- Birklbauer, Alois: Die Öffentlichkeit der Hauptverhandlung. Ein Prozessgrundsatz im Spannungsfeld zwischen Beschuldigten-, Opfer- und Bevölkerungsinteresse, in: *Journal für Strafrecht (JSt)* 7/4 (2009) 109–117.
- Birklbauer, Alois: Kapitel 16. Strafrecht, in: Resch, Reinhard (Hg): *Das Corona-Handbuch. Österreichs Rechtspraxis zur aktuellen Lage*, Wien: Manz 2020, 403–432 (= Corona-HB Kap 16 Rz xx).
- Birklbauer, Alois: Die Auswirkung der COVID-19-Gesetze auf das Strafrecht, in: *Journal für Strafrecht (JSt)* 7/3 (2020) 197–203.
- Burgstaller, Manfred/Fabrizy, Ernst Eugen: § 83 StGB, in: Höpfel, Frank/Ratz, Eckart (Hg): *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Wien: Manz ²2018 (= WK² StGB).
- Burgstaller, Manfred/Schütz, Hannes: § 6 StGB, in: Höpfel, Frank/Ratz, Eckart (Hg): *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Wien: Manz ²2017 (= WK² StGB).
- Cohen, Lisa: Isolation, Quarantäne, Coronapartys. Die Anwendbarkeit der §§ 178 f StGB bei Missachtung der COVID-19 Verkehrsbeschränkungen, in: *Journal für Strafrecht (JSt)* 7/3 (2020) 204–209.
- Danek, Michael/Mann, Irene: § 228 StPO, in: Fuchs, Helmut/Ratz, Eckart (Hg): *Wiener Kommentar zur Strafprozessordnung*, Wien: Manz 2017 (= WK-StPO).
- Leukauf, Otto/Steininger, Herbert/Tipold, Alexander: § 178 Strafgesetzbuch. Kommentar, Wien: Linde ⁴2017.
- Murschetz, Verena: §§ 178, 179 StGB, in: Höpfel, Frank/Ratz, Eckart (Hg): *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Wien: Manz ²2020 (= WK² StGB).
- Reindl-Krauskopf, Susanne: § 5 StGB, in: Höpfel, Frank/Ratz, Eckart (Hg): *Wiener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, Wien: Manz ²2015 (= WK² StGB).

Unions-, verfassungs- und universitätsrechtliche Aspekte zu „Corona-Maßnahmen“

Manfred Novak

1. Einleitung

Nach herrschendem Informationsstand hat mit Ende des Jahres 2019, von der Volksrepublik China ausgehend, ein bis dahin unbekanntes Coronavirus – namentlich „SARS-CoV 2“ – auf den Menschen übergegriffen und zunächst eine Epidemie, schließlich die weltweite „COVID-19-Pandemie“ ausgelöst.

Neben leichten Verläufen, in Form von respiratorischen Infektionen, führte der in Rede stehende Virusbefall immer wieder auch zu schweren, akuten Atemwegssyndromen, die intensive Spitalsbetreuung erforderten und in nicht wenigen Fällen auch zum Tod führten.

Gegen Ende Jänner 2020 erreichte das Virus Europa, etwa einen Monat später traten in Italien die ersten Todesfälle und in Österreich die ersten bestätigten Krankheitsfälle auf. Vor allem die rasanten Entwicklungen in Oberitalien (später insbesondere auch in Spanien und Frankreich) mit raschem Anstieg an schweren Krankheitssymptomen und Todesfällen sowie Engpässen bei Desinfektionsmitteln, Schutzkleidung und Intensivbetten veranlassten die österreichische Gesetzgebung und Vollziehung, ab der ersten Märzhälfte 2020 zunehmend Einschränkungen des öffentlichen Lebens vorzunehmen, die zum Großteil mit entsprechenden Beschränkungen der Nachbarländer korrespondierten und auch auf Erfahrungen in den fernöstlichen Ausgangsgebieten aufbauten.

Mit Hinblick auf die internationalen Beziehungen wurden vor allem die Verkehrsverbindungen und Grenzübertrittsmöglichkeiten zwischen den einzelnen Staaten – vielfach in nationalen Alleingängen oder bilateralen Absprachen – zunehmend eingeschränkt und schließlich auf ein Mindestmaß reduziert.

Auf nationaler, österreichischer Ebene wurden zunächst, ab 10. März, größere Veranstaltungen im Freien und in geschlossenen Räumen nicht mehr erlaubt und die Bevölkerung wurde aufgerufen, soziale Kontakte zu minimieren und bestimmte Hygienevorschriften einzuhalten. Zwischen-

zeitig hatte auch die WHO¹ die Corona-Krise als Pandemie eingestuft. In der Folge wurden in Österreich etappenweise (zwingende) Verschärfungen für die Bevölkerung eingeführt. So wurden Gottesdienste abgesagt, Trauungen und Bestattungen stark eingeschränkt, Besuchsverbote für Krankenhäuser und Seniorenheime ausgesprochen und generelle Ausgangsbeschränkungen² beschlossen. Weiters wurden, um hier nur einige zentrale Bereiche zu nennen, alle Geschäfte, die nicht der notwendigen Grundversorgung dienen, sowie Gaststätten und Kulturbetriebe (wie etwa Theater, Museen, Galerien) geschlossen, Sportveranstaltungen und Kulturevents aller Art zur Gänze nicht mehr zugelassen sowie der Schulunterricht und der Lehrveranstaltungsbetrieb an Hochschulen und Universitäten auf „Distance-Learning“ und die Arbeitsverrichtung branchenweise auf „Home-Office“ umgestellt.

Insgesamt waren dies umfängliche Beeinträchtigungen des öffentlichen und privaten Lebens, die gängigerweise als „Shutdown“ bezeichnet wurden und die auch zu massiven Verwerfungen etwa bei Gewerbetreibenden und Arbeitnehmern (wie Umsatzeinbußen, Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit) führten. Zwischenzeitig wurden und werden die genannten Maßnahmen nach und nach wieder entschärft bzw. aufgehoben.

Zentrale Rechtsquellen³ für die vielfältigen und umfänglichen Änderungen im sozialen, wirtschaftlichen und beruflichen Leben Österreichs sind das COVID-19-Maßnahmengesetz⁴ vom 15. März 2020, das 2. COVID-19-Gesetz⁵ vom 21. März 2020 und das 3. COVID-19-Gesetz⁶, ein umfassendes Sammelgesetz vom 4. April 2020, auf deren Grundlage eine Reihe von einschlägigen Regelungen ergangen sind.

Vor diesem Hintergrund weitreichender, bisweilen einschneidender Veränderungen im gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bereich, die auch Grund- und Freiheitsrechte tangieren, stellt sich aus rechtlicher Sicht die Frage, ob die regierungsseitig getroffenen Maßnahmen erlaubt und angemessen waren.

1 World Health Organization.

2 Im Einzelnen durfte das Haus nur noch verlassen werden, um zur Arbeit zu gehen, Lebensmittel einzukaufen, anderen Menschen zu helfen oder spazieren zu gehen – alles mit einem Mindestabstand von einem Meter.

3 Nebenher wurden etwa auch verschiedene COVID-19-Begleitgesetze und bereichsspezifische COVID-19-Gesetze erlassen (etwa das Gesellschaftsrechtliche COVID-19-Gesetz).

4 Vgl. BGBl I 2020/12.

5 Vgl. BGBl I 2020/16.

6 Vgl. BGBl I 2020/23.

Davon ausgehend werden nachstehend einige zentrale Aspekte in den Blick genommen, wobei das Hauptaugenmerk auf universitätsrechtliche Belange gelegt werden soll.

2. Unionsrechtliche Bezüge

Aus unionsrechtlicher Sicht wurde mit den angesprochenen Reise- und Grenzübertrittsbeschränkungen massiv in das Schengener Übereinkommen zur Abschaffung von Grenzkontrollen⁷ sowie die Grundfreiheiten des Binnenmarktes eingegriffen. Vor allem die unionsrechtlichen Freiheiten des Personen- und Dienstleistungsverkehrs – konkret die Freizügigkeit der Arbeitnehmer, die Niederlassungsfreiheit und die Dienstleistungsfreiheit –⁸ wurden maßgeblich beeinträchtigt.

Entsprechend den Grundsätzen der unmittelbaren Anwendbarkeit und des Anwendungsvorranges von Unionsrecht⁹ ist es den österreichischen Behörden und Gerichten – bei sonstiger Vertragsverletzung – grundsätzlich untersagt, innerstaatliches Recht, welches Unionsrecht widerspricht, anzuwenden.¹⁰

2.1 Freizügigkeit und Diskriminierungsschutz

Betreffend die vorgenannten Freiheiten sieht allerdings das Primärrecht der EU selbst ausdrücklich Ausnahmen vor, wie sie gerade betreffend die gegenständlichen COVID-19-Beschränkungen von Belang sind. So ist demnach sowohl für die Arbeitnehmerfreizügigkeit als auch für die Niederlassungs- und Dienstleistungsfreiheit geregelt, dass innerstaatliche Rechts- und Verwaltungsvorschriften einschränkende Regelungen für Ausländer

7 Vgl. dazu Art 26 iVm Art 77 AEUV (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union, ABl 2009 C 290/1) – dazu im Überblick Borchardt, Europäische Union Rz 973–976; Vedder/Heintschel von Heinegg, Europäisches Unionsrecht Anm 1–18 zu Art 77 AEUV.

8 Zu diesen Freiheiten vgl. Art 45, 49, 56 AEUV sowie Stolzlechner/Bezemek, Öffentliches Recht Rz 258–266.

9 Vgl. dazu Stolzlechner/Bezemek, Öffentliches Recht Rz 105, 106.

10 Eine Ausnahme davon bilden nach österreichischer Dogmatik lediglich die Grundfesten („Baugesetze“) der Bundesverfassung – das demokratische, das republikanische, das bundesstaatliche, das rechtsstaatliche und das gewaltenteilende Prinzip.

treffen können, soweit dies aus Gründen der öffentlichen (Ordnung), Sicherheit oder Gesundheit gerechtfertigt ist.¹¹

Die Rechtfertigungsgründe sind zwar grundsätzlich eng auszulegen, einschränkende Maßnahmen bedürfen demnach einer tatsächlichen und hinreichend schweren Gefährdung nationaler Schutzgüter und haben dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz sowie den Unionsgrundrechten zu entsprechen; allerdings ist nach dem EuGH¹² den Mitgliedstaaten ein gewisser Beurteilungsspielraum im Verhältnis zur Gefährdung gesellschaftlicher Grundinteressen eingeräumt. Demnach sind auch zwingende Interessen des Allgemeinwohls eine ausreichende Rechtfertigung für Beschränkungen und auch Diskriminierungen.¹³

Bei der Gewichtung der Rechtsgüter betreffend Gefahrenträchtigkeit, Schutzwürdigkeit und Rechtfertigungspotential lässt der EuGH eine bestimmte Judikaturlinie erkennen. So gelten rein wirtschaftliche Gründe als nicht geeignet, Eingriffe in die in Rede stehenden Freiheitsrechte der EU zu rechtfertigen.¹⁴ Demgegenüber wird dem Schutz von Gesundheit und Gesundheitssystem eine vergleichsweise erhöhte Relevanz bei der Rechtfertigbarkeit nationaler Eingriffe in Unionsrecht zugesprochen. In diesem Sinne hat der EuGH die Aufrechterhaltung der Funktionstüchtigkeit nationaler Sozialversicherungssysteme¹⁵ und den Schutz des nationalen Gesundheitssystems¹⁶ als ausreichend zwingendes Allgemeininteresse als Grundlage für die Einschränkung der EU-Freiheiten und des Diskriminierungsschutzes gewertet. Dass gerade den nationalen Ausnahmemöglichkeiten aus Gründen des Gesundheitsschutzes besondere praktische Relevanz beigemessen wird, findet auch in einer für diesen Bereich erlassenen Patientenrichtlinie Ausdruck.¹⁷

Betreffend Art und Inhalt möglicher mitgliedstaatlicher Maßnahmen zur Festlegung von Ausnahmen zu den unionsrechtlichen Freiheitsrechten und vom Diskriminierungsschutz aus Gründen der Staatsangehörigkeit¹⁸ gilt, dass Gründe der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und Gesundheit

11 Vgl. Art 45 Abs 3, Art 52, Art 62 AEUV.

12 Gerichtshof der Europäischen Union.

13 Vgl. Vedder/Heintschel von Heinegg, Europäisches Unionsrecht, Anm 19–23 zu Art 45 sowie Anm 1–7 zu Art 52 AEUV.

14 Vgl. etwa EuGH Rs C-514/12 (*Zentralbetriebsrat der Salzburger Landeskliniken*) ECLI:EU:C:2013:799; Rs 352/85, *Bond van Adverteerdes*, Slg 1988, 2085.

15 Vgl. EuGH Rs C-209/05, ITC, Slg 2007, I-181.

16 Vgl. EuGH Rs C-539/11. ECLI:EU:C:2013:591.

17 Angesprochen ist die RL 2011/24, ABl 2001 L 88/85.

18 Vgl. Art 18 Abs 2 AEUV.

auch Maßnahmen ausländerrechtlicher oder polizeirechtlicher Natur rechtfertigen können, wobei auch solche mit einreisehemmender bzw. aufenthaltsbeendender Wirkung als gangbar gewertet werden.¹⁹

Grundsätzlich müssen die unionsrechtlichen Freizügigkeitsrechte sowie die den Diskriminierungsschutz beschränkenden Maßnahmen der Mitgliedstaaten aber jedenfalls dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz genügen, um ausreichend gerechtfertigt zu sein.^{20,21} Allgemein meint der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz, dass die getroffenen Maßnahmen erforderlich und geeignet zur Zielerreichung sein müssen und die Ziel-Mittel-Relation gewahrt ist, was heißt, dass die für die Betroffenen jeweils am relativ wenigsten belastende Maßnahme zu wählen ist, die noch ausreichend zur Zielerreichung taugt.²² Diskriminierungen können dann gerechtfertigt sein, wenn sie auf objektiven, von der Staatsangehörigkeit unabhängigen Erwägungen basieren und verhältnismäßig sind. Es kommen somit alle Maßnahmen in Betracht, die geeignet sind, die Gefährdung des verfolgten schutzwürdigen öffentlichen Interesses – wie etwa die Aufrechterhaltung von Gesundheit und Gesundheitssystem – abzuwenden, und die eine bloß mittelbare Diskriminierung²³ darstellen.²⁴ Die gewählten Maßnahmen in Form von Normen und Verwaltungsakten dürfen daher nicht überschießend sein, womit wesentlich auch das Sachlichkeitsgebot des Verordnungsgebers und das Willkürverbot bei der Setzung von Verwaltungsakten angesprochen sind. Dieser allgemeine rechtsstaatliche Grundsatz erstreckt sich dabei grundsätzlich auf die Wahl sowohl des Rechtsaktstyps als auch des Regelungsinhalts.²⁵

19 Vgl. Vedder/Heintschel von Heinegg, Europäisches Unionsrecht Anm 2 zu Art 52 AEUV.

20 Vgl. etwa EuGH Rs C-109/98, *Lethonen*, Slg 2000, I-2681.

21 Zur Verhältnismäßigkeit im Rahmen des Gesundheitsschutzes vgl. EuGH Rs C-169/07, *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH*, Slg 2009, I-1721.

22 Zum Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und seinen Anknüpfungen vgl. EuGH 20. 6. 2013, Rs C-20/12, *Giersch et al./Grußherzogtum Luxemburg*; vgl. eingehend Winkler, Grundrechte der EU 266–283 sowie sinngemäß Borchardt, Europäische Union Rz 214.

23 Zur mittelbaren oder versteckten Diskriminierung vgl. Borchardt, Europäische Union Rz 1050–1051.

24 Vgl. Ruhs, Beschränkungen, in: Busch/Unger, Hochschulraum 135.

25 Vgl. dazu sinngemäß Vedder/Heintschel von Heinegg, Europäisches Unionsrecht Anm 34 zu Art 5 EUV (Vertrag über die Europäische Union, ABl 1992 C 191, 1).

2.2 Grundrechte

Im Zusammenhang mit Verhältnismäßigkeitserwägungen sind auch die Unionsgrundrechte zu beachten.²⁶ Die in der GRC²⁷ garantierten Grundrechte unterliegen dabei ihrerseits bestimmten Beschränkungsmöglichkeiten.²⁸ Die hierin verbürgten Rechte binden zunächst die Unionsorgane, können aber im Rahmen der Durchführung von Unionsrecht auch für die Mitgliedstaaten Verbindlichkeit erlangen²⁹ – eine solche Durchführung von EU-Recht ist etwa bei der innerstaatlichen Umsetzung von Richtlinien des Rates gegeben.³⁰ Soweit strukturelle Vergleichbarkeit (nach Formulierung und Bestimmtheit) unionsrechtlicher und innerstaatlicher Grundrechte gegeben ist, besteht für die betreffenden Unionsgrundrechte auch Rechtsschutz vor dem VfGH^{31,32} – dies betrifft sowohl die Möglichkeit von Beschwerden gegen Erkenntnisse von Verwaltungsgerichten³³ als auch Normkontrollverfahren^{34,35}.

2.3 EuGH-Judikatur

Unabhängig von den vorstehend dargestellten, im Primärrecht der EU ausdrücklich verankerten Einschränkungsmöglichkeiten von Freiheitsrechten der Union weist auch die Judikatur des EuGH in Richtung einer Einschränkung von Unionsbürgerfreiheiten und Diskriminierungsschutz im Sinne des Allgemeinwohls, wobei auch hier dem Schutz der öffentlichen Gesundheit maßgebliche Bedeutung zukommt.

26 Vgl. EuGH Rs C-482/01, C-493/01, *Orfanopoulos*, Slg 2004, I-5257.

27 Charta der Grundrechte der Europäischen Union, ABl 2000 C 364, 1.

28 Vgl. Winkler, Grundrechte der EU, 248–250.

29 Vgl. Art 51 Abs 1 GRC.

30 Der EuGH vertritt zur Anwendbarkeit der GRC-Rechte in den Mitgliedstaaten eine zunehmend extensive Sichtweise (vgl. etwa EuGH 26. 2. 2013, Rs C-617/10, *Akerberg/Fransson*; 6. 3. 2014, Rs C 206/13, *Siragusa*).

31 Verfassungsgerichtshof.

32 Der in einem solchen Fall auch auf die entsprechende Judikatur von EuGH – und dessen Rechtsfortbildung – sowie EGMR (Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte) Bedacht zu nehmen hat.

33 Vgl. Art 144 B-VG (Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl 1930/1).

34 Vgl. Art 139, 140 B-VG.

35 Vgl. VfGH 5. 3. 2015, B 533/2013; 14. 3. 2012, U 466/11–18, U 1836/11–13.

Für die österreichischen Gegebenheiten ist hier ein Vertragsverletzungs-urteil des EuGH aus 2005³⁶ ein wesentlicher Anknüpfungspunkt.³⁷ Dabei wurde Österreich wegen mittelbarer Diskriminierung auf Grund der Staatsangehörigkeit³⁸ verurteilt, weil nach seinen studienrechtlichen Regelungen³⁹ die besondere Universitätsreife den Nachweis voraussetzte, dass für (EU-)ausländische Studienwerber auch die studienspezifischen Zulassungsvoraussetzungen im Herkunftsland für die Zulassung in Österreich erfüllt sein müssen – dadurch wurden primär deutsche Numerus-Clausus-Flüchtlinge von bestimmten Studienzulassungen ausgeschlossen. Von Bedeutung ist dabei, dass das von Österreich vorgebrachte Argument, dass ohne die gegenständliche Beschränkungsregelung die Einheitlichkeit der Hochschulbildung in Österreich gefährdet wäre, vom EuGH nicht als grundsätzlich untauglich für eine Beschränkung des gemeinschaftsrechtlichen Diskriminierungsverbots gewertet, sondern nur verworfen wurde, weil Österreich die behauptete Gefährdung des nationalen Bildungssystems nicht durch empirische Daten untermauern konnte.

In der Folge wurde die genannte Bestimmung mit herkunftslandbezogener Zulassungsvoraussetzung durch eine Quotenregelung gegen deutsche Numerus-Clausus-Flüchtlinge ersetzt, wonach 75 Prozent der Studienplätze für Human- und Zahnmedizin Inhabern österreichischer Reifezeugnisse vorbehalten waren.⁴⁰ In der entsprechenden gesetzlichen Regelung rechtfertigte der UG-Gesetzgeber diese Beschränkung damit, dass ohne diese das Recht auf Bildung und der Zugang zur Hochschulbildung für Inhaber österreichischer Reifezeugnisse sowie die öffentliche Gesundheit und eine ausgewogene medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung gefährdet wären. Auch dagegen wurde ein Vertragsverletzungsverfahren wegen Verletzung des unionsrechtlichen Diskriminierungsverbots⁴¹ und der Unionsbürgerfreizügigkeit⁴² eingeleitet. Der Generalanwalt hat dabei schon in Aussicht gestellt, dass bei entsprechender empirischer Erweislichkeit der Argumente des österreichischen Gesetzgebers von der Verfahrenseinleitung abgesehen werden könnte. Dementsprechend wur-

36 Angesprochen ist EuGH 7. 7. 2005, Rs C-147/03, *Kommission/Österreich*.

37 Vgl. dazu etwa auch Novak/Funk, Verfassungsrechtliche Dimensionen, 54–55.

38 Vormals Art 12 EGV (Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, ABl 1997 C 340, 1 – außer Kraft).

39 Angesprochen sind § 36 Abs 1 UniStG (Universitäts-Studiengesetz, außer Kraft) und § 65 Abs 1 UG (Universitätsgesetz 2002, BGBl I 2002/120), alte Fassung.

40 Vgl. vormalig § 124b Abs 5 UG bzw. § 71d Abs 5 UG – beide außer Kraft.

41 Art 18 AEUV.

42 Art 21 AEUV.

den Österreich mehrjährige Moratorien zum Nachweis der behaupteten Gefährdungen eingeräumt.

Zwischenzeitig hatte der EuGH im „Bressol-Urteil“⁴³ erkannt, dass Art 18 AEUV (Diskriminierungsverbot) und Art 21 AEUV (Freizügigkeit der Unionsbürger) grundsätzlich den von Belgien vorgesehenen Studienplatzbeschränkungsregelungen für EU-Ausländer entgegenstehen, dass aber in Ausnahme davon eine Beschränkungsmaßnahme insbesondere zum Schutz der öffentlichen Gesundheit gerechtfertigt sein kann, soweit sie erforderlich, tauglich und verhältnismäßig ist – wobei vor allem die Erforderlichkeit anhand eingehender Daten seitens des regulierenden Staates zu belegen sei.

Im Sinne dieses richtungsweisenden Erkenntnisses hat in der Folge die EU-Kommission auf Aufhebung des Moratoriums gegen die Quotenregelung für das Studium der Humanmedizin⁴⁴ und auf Einstellung des Verfahrens gegen Österreich entschieden.⁴⁵ Wesentlich hat die Kommission die (die Freizügigkeit für EU-Ausländer beschränkende) österreichische Quotenregelung für Humanmedizin anerkannt, weil das von Österreich vorgelegte Datenmaterial belegen konnte, dass ohne diese Quote das öffentliche Gesundheitswesen in Österreich gefährdet wäre.⁴⁶

2.4 Fazit

Wie schon die im AEUV ausdrücklich festgeschriebenen Beschränkungsmöglichkeiten von Unionsfreiheiten durch nationale Regelungen weist auch die Rechtsprechung des EuGH aus, dass der Schutz der öffentlichen Gesundheit nationale Maßnahmen einzelner Mitgliedstaaten zur Beschränkung von Unionsrechten und Diskriminierungsverboten rechtfertigen kann.

Entsprechende Verhältnismäßigkeit und Grundrechtsadäquanz vorausgesetzt, ist in Anbetracht der vorstehenden Ausführungen gerade der gegenständliche Schutz der öffentlichen Gesundheit im Hinblick auf drohende Pandemieeffekte ein vergleichsweise schwerwiegendes gesellschaftliches Grundinteresse, das angemessene Beschränkungen von Unionsfreiheiten und Diskriminierungsverboten tendenziell zu rechtfertigen vermag.

43 Angesprochen ist EuGH 13. 4. 2010, Rs C-73/08, *Bressol ua et Chaverot ua*.

44 Nunmehr § 71c Abs 5 UG.

45 Vgl. EU-Kommission vom 17. 5. 2017, Nr 1998/2308.

46 Vgl. dazu auch die EB 10 BlgNR 26. GP 13.

3. Verfassungs- und universitätsrechtliche Aspekte

Im Rahmen der staatsseitigen Prävention gegen die Corona-Epidemie bzw. -Pandemie sowie der Bekämpfung von deren Auswirkungen wurden verschiedene Bundesgesetze und Verordnungen erlassen sowie Verwaltungsakte gesetzt.

Betreffend diese Staatsakte stellt sich aus unterschiedlichen Perspektiven die Frage nach der Notwendigkeit und Zulässigkeit. Dabei sind Aspekte der Zuständigkeit, der Verfassungs- bzw. Gesetzeskonformität und der Verhältnismäßigkeit von maßgeblicher Relevanz.

3.1 Grundrechte

Hinsichtlich der Beschränkung bzw. Beschränkbarkeit grundrechtlicher Freiheitsrechte, wie etwa der persönlichen Freiheit,⁴⁷ sei hier so viel erwähnt, dass diesbezüglich grundsätzlich eine Einschränkungsmöglichkeit besteht. Anders als absolut gewährleistete Grundrechte, wie die Würde des Menschen⁴⁸ bzw. etwa das damit im Zusammenhang stehende Folterverbot⁴⁹, die als einschränkungsfest gelten, sind die Freiheitsrechte mit dem staatlichen Allgemeininteresse in Beziehung zu setzen und unterliegen insofern auch einer Rechtsgüterabwägung.

Da Freiheitsrechte wesentypisch auf einen Ausgleich von Individualinteressen und Gemeinschaftsinteressen abzielen, ist ihnen eine Beschränkbarkeit aus wichtigen öffentlichen Interessen inhärent. Unter bestimmten Voraussetzungen kann daher ein rechtmäßiger Eingriff auch in grundrechtlich geschützte Positionen erfolgen.

So sind etwa in der EMRK mehrfach materielle Grundrechtsvorbehalte normiert. Beispielhaft ist hier zu nennen, dass etwa in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens oder in die Versammlungs- und Vereinigungsfreiheit seitens der öffentlichen Hand eingegriffen werden

47 Der damit angesprochene Schutz der Bewegungsfreiheit ist national im Bundesverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit (PersFrBVG, BGBl 1988/684) festgeschrieben.

48 Vgl. ausdrücklich Art 1 GRC – der nach österreichischem Recht nicht ausdrücklich verbürgte Schutz der Menschenwürde gilt nach der Judikatur aber als allgemeiner Wertungsgrundsatz (vgl. etwa VfGH 10. 12. 1993, G 167/92, V 75–78/92).

49 Vgl. Art 4 GRC und Art 3 EMRK (Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten, BGBl 1958/210 – steht mit B-VG-Novelle BGBl 1958/210 iVm 1964/59 für Österreich im Verfassungsrang).

kann, soweit dies in einer demokratischen Gesellschaft für die nationale Sicherheit, die öffentliche Ruhe und Ordnung, das wirtschaftliche Wohl des Landes, die Verteidigung der Ordnung zur Verhinderung strafbarer Handlungen, zum Schutz der Gesundheit und der Moral oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer notwendig ist.⁵⁰

In diesem Sinne hat der VfGH allgemein materielle Eingriffsschranken ausformuliert, wonach die Beschränkung von Grundrechten durch Gesetz zulässig ist, wenn diese im öffentlichen Interesse gelegen und geboten sowie zur Verfolgung dieses Interesses tauglich und adäquat sowie sonst sachlich gerechtfertigt ist.⁵¹

In diese Richtung gehend argumentiert auch der EuGH, demzufolge Einschränkungen der in der GRC verbürgten Rechte und Freiheiten unter anderem zulässig sind, wenn sie verhältnismäßig und erforderlich sind und dem Gemeinwohl dienenden Zielsetzungen entsprechen,⁵² wobei auch nach EU-Verfassungsrecht und Rechtsprechung des EuGH die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, Sicherheit oder Gesundheit Beschränkungen der Unionsrechte und -freiheiten zu rechtfertigen vermag.⁵³

Soweit demnach staatliche Maßnahmen zur Erreichung wichtiger öffentlicher Interessen – wie insbesondere die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und Gesundheit – erforderlich, geeignet und verhältnismäßig sind, können Eingriffe in bestimmte Grund- und Freiheitsrechte gerechtfertigt sein. Aus diesem Blickwinkel können die in Rede stehenden COVID-19-Regelungen als im Grunde zulässig im Sinne von rechtfertigbar gewertet werden.

3.2 *Universitätsrecht*

Abgesehen von der Frage nach der grundsätzlichen Erlaubtheit von COVID-19-Sonderregelungen betreffend liberale Grundrechte auf Basis von Gemeinwohlschutz, sachlicher Rechtfertigung und Verhältnismäßigkeit soll im Anschluss die Zulässigkeit hochschulspezifischer Normen mit

50 Vgl. Art 8 Abs 2, Art 11 Abs 2 EMRK.

51 Vgl. etwa VfGH 2. 10. 1992, G 338/91. Zum maßgeblichen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit vgl. etwa VfGH 2. 5. 2011, B 1700/10; 24. 6. 2006, B 362/06. Vgl. auch Berka, Verfassungsrecht Rz 1300–1313; Funk, Österreichisches Staatsrecht 41.049, 41.090; Hengstschläger/Leeb, Grundrechte Rz 1/53–1/55.

52 Vgl. EuGH 25. 1. 2018, Rs C-473/16.

53 Vgl. dazu näher unter Kapitel 2 (= Unionsrechtliche Bezüge).

Hinblick auf die besonderen Rechtsgrundlagen der öffentlichen Universitäten erörtert werden.

Betreffend die genannten COVID-19-veranlassten Rechtsquellen mit Hochschulbezug stellt sich dabei zentral die Frage nach der diesbezüglichen Regelungszuständigkeit und Rechtskonformität im Lichte universitätsrechtlicher Freiheiten und Garantien.

3.2.1 Normative Ausgangslage

Im Zuge umfänglicher, durch die COVID-19-Pandemie veranlasster Rechtsetzungsakte wurden auch für den Hochschulbereich staatsseitig mehrere Sondernormen in Form von Gesetzen und Verordnungen erlassen.

Angesprochen ist damit zunächst das im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes erlassene Bundesgesetz über die Festlegung von Fristen für Eignungs-, Aufnahme- und Auswahlverfahren an Universitäten, Pädagogischen Hochschulen, Einrichtungen zur Durchführung von Fachhochschul-Studiengängen, Fachhochschulen und Privatuniversitäten für das Studienjahr 2020/2021⁵⁴, wodurch dem Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BM) Verordnungskompetenz betreffend die vereinheitlichende Regelung von Fristen und Terminen bezüglich aller Arten von Zulassungsverfahren, auch im Hinblick auf Sonderregelungen bei Reifeprüfungen, eingeräumt wurde. In Ausführung dessen wurde in der Folge die temporär in Geltung stehende COVID-19-Hochschul-Aufnahmeverordnung⁵⁵ erlassen.

Weiters wurde im Rahmen des 3. COVID-19-Gesetzes das Bundesgesetz über hochschulrechtliche und studienförderungsrechtliche Sondervorschriften an Universitäten, Pädagogischen Hochschulen, Einrichtungen zur Durchführung von Fachhochschul-Studiengängen und Fachhochschulen aufgrund von COVID-19 erlassen.⁵⁶ Dadurch wurde dem BM eine weitreichende Verordnungsermächtigung eingeräumt, welche zentral die Abänderung studienrechtlicher Fristen und Termine, aber auch abweichende Regelungen hinsichtlich der Einsichtnahme in Beurteilungsunterlagen⁵⁷, der Durchführung von Lehrveranstaltungen und Prüfungen⁵⁸

54 Vgl. Art 9 BGBl I 2020/16.

55 C-HAV, BGBl II 2020/224.

56 COVID-19-Hochschulgesetz (C-HG), Art 23 BGBl I 2020/23.

57 Vgl. § 1 Z 7 C-HG.

58 Vgl. § 1 Z 11 C-HG.

oder der Beurteilung von Bachelorarbeiten, wissenschaftlichen Arbeiten und Zulassungsverfahren⁵⁹ betrifft.

Als für den Hochschulsektor maßgebliche Rechtsquellen wurden darüber hinaus seitens des BM noch folgende, ebenfalls temporär geltende Verordnungen erlassen: die COVID-19-Hochschul-Aufnahmeverordnung⁶⁰, die COVID-19-Universitäts- und -Hochschulverordnung⁶¹, die COVID-19-Fachhochschulverordnung⁶² und die COVID-19-Studienförderungsverordnung⁶³ – letztere diene wesentlich dem Ziel, durch Festlegung eines „neutralen Semesters“ einen verlängerten Bezug von Studienbeihilfen und bestimmten (anderen) Stipendienarten zu ermöglichen.⁶⁴

3.2.2 Legalitätsprinzip

Im gegenständlichen Zusammenhang stellt sich die Frage, ob etwa die Verordnungsermächtigungen des COVID-19-Hochschulgesetzes rechtskonform mit Hinblick auf gesetzgeberische Bestimmtheitsanforderungen sind, wenn etwa der BM undifferenziert ermächtigt wird, per Verordnung abweichende Regelungen zur Einsichtnahme in Beurteilungsunterlagen oder betreffend die Durchführung bzw. Beurteilung von Lehrveranstaltungen, Prüfungen, Zulassungsverfahren und wissenschaftlichen Arbeiten zu treffen.⁶⁵

Dabei ist zunächst das universitätsspezifische Determinierungsgebot in den Blick zu nehmen. Das Determinierungs- oder Bestimmtheitsgebot ist Ausfluss des verfassungsrechtlichen Legalitätsprinzips, das ein rechtskonformes Handeln von Verwaltungsorganen garantieren soll. Allgemein verlangt das verfassungsrechtliche Legalitätsprinzip, dass die staatliche Verwaltung „auf Grund der Gesetze“ zu erfolgen hat.⁶⁶ Im Kern erfordert das Legalitätsprinzip, dass jeder Vollzugsakt auf das Gesetz rückführbar sein muss. Um dies aus Gründen der Rechtssicherheit und Überprüfbarkeit⁶⁷

59 Vgl. § 1 Z 15, 20 C-HG.

60 C-HAV, BGBl II 2020/224.

61 C-UHV, BGBl II 2020/171.

62 C-FHV, BGBl II 2020/172.

63 C-StudFV, BGBl II 2020/173.

64 Vgl. insb § 3 C-StudFV.

65 Vgl. § 1 Z 7, 11, 14 f, 20 C-HG.

66 Vgl. Art 81c Abs 1B-VG iVm § 5 UG.

67 Etwa per Anfechtung von Verordnungen wegen Gesetzwidrigkeit beim VfGH (vgl. Art 139 B-VG).

von Verwaltungsakten hinreichend garantieren zu können, hat umgekehrt der Gesetzgeber die Pflicht, das Vollzugshandeln ausreichend vorherzubestimmen. Das Gesetz ist daher Handlungsgrundlage und Rechtmäßigkeitsmaßstab für die Verwaltungstätigkeit.

Legalitätsprinzip und Determinierungsgebot finden grundsätzlich auch auf die vollrechtsfähigen Universitäten nach UG Anwendung,⁶⁸ da diese öffentlichen Universitäten als juristische Personen öffentlichen Rechts mit spezifischen Rückbindungen an den Staat eingerichtet sind. Sie sind vor allem nach der Systematik des B-VG in das Hauptstück über die Bundesvollziehung eingereiht⁶⁹ und ihre Organe sind nach dem VfGH⁷⁰ bundesnahe Organe der unmittelbaren Bundesverwaltung.

Davon abweichend ist den Universitäten, als wesentlicher Effekt ihrer Autonomie, ein Handeln „im Rahmen der Gesetze“ zugesichert.⁷¹ Sie unterliegen insoweit einem gelockerten Legalitätsprinzip, als das Gesetz nicht mehr Bedingung, sondern nur Grenze für ihr Handeln insofern ist, als ein Handeln contra legem unzulässig ist.⁷² Dieses Handeln im Rahmen der Gesetze bedeutet vice versa, im Sinne der intendierten Deregulierung der gesetzlichen Grundlagen, die nur noch einen Handlungsrahmen vorgeben sollen, dass auch das staatsseitige Determinierungsgebot entsprechend verdünnt zur Anwendung kommt.

Dieses gelockerte Legalitätsprinzip und das gelockerte Determinierungsgebot gelten allerdings nur gegenüber den öffentlichen Universitäten in ihrer Eigenschaft als vollrechtsfähige, autonome Rechtsträger. Für die Zentralstelle des Bildungs- und Wissenschaftsressorts, in Form des zuständigen Bundesministeriums, ist diese Sonderstellung grundsätzlich nicht gegeben, und es gilt daher die Rückbindung „auf Grund der Gesetze“ gem Art 18 Abs 2 B-VG. Der Gestaltungsspielraum des ministeriellen Verordnungsgebers wird dabei aber auch am jeweiligen Regelungsgegenstand zu messen sein, so dass die Rückbindungsintensität des Verordnungsgebers an gesetzliche Vorgaben je nach Materie differenziert zu bewerten ist.⁷³ Dabei ist von Relevanz, dass der Hochschulsektor jenen Regelungsbereichen zugeordnet werden kann, die traditionell grundsätzlich kein strenges Verständ-

68 Vgl. insb VfGH 4. 12. 2008, V 304/08, G 15/08.

69 Vgl. Art 81c B-VG.

70 Vgl. VfGH 4. 3. 2015, E 923/2014.

71 Vgl. § 5 UG iVm Art 81 Abs 1 B-VG.

72 Vgl. die EB 1134 BlgNR 21. GP 76 iVm den EB 1125 BlgNR 18. GP 45 sowie Novak/Funk, Verfassungsrechtliche Dimensionen, 50–52.

73 idS VfGH 29. 7. 2014, V 5/2014; 30. 6. 2011, G 10/11, V 6/11–10.

nis des Legalitätsprinzips erfordern.⁷⁴ Dem BM sind im Rahmen des UG jedenfalls mehrfach umfängliche Verordnungskompetenzen als verbindliche Vorgaben für die Universitätsorgane eingeräumt.⁷⁵

Relativ undifferenzierte Verordnungsermächtigungen des BM zur umfänglichen und eingehenden Detailregelung bestimmter universitätsrechtlicher Materien sind demnach der Regelungssystematik des UG jedenfalls nicht systemfremd und können daher aus diesem Blickwinkel als grundsätzlich zulässig erachtet werden.

3.2.3 *Autonomie und Verordnungskompetenz*

Im Zusammenhang mit dem Themenkreis Legalitätsprinzip und Determinierungsgebot ist in einem weiteren Sinne die Tragweite der Universitätsautonomie in Bezug auf staatsseitige Regelungskompetenzen auszuloten.

Universitäre Autonomie meint im Grunde die weisungsfreie Erfüllung universitätseigener Aufgaben durch Universitätsorgane. Typisches Merkmal dieser relativen Selbstständigkeit bei der Aufgabenbesorgung ist die deregulierende Zurücknahme des Staates auf die Vorgabe von Rahmenbedingungen.⁷⁶ Hinsichtlich der rechtskonformen Ausbalancierung von universitärem Freiraum und staatlicher Regelungsmöglichkeit ist eine differenzierte Sichtweise geboten.

Zunächst wird davon ausgegangen, dass die Gewichtsverlagerung zwischen universitätsautonomer Regelungszuständigkeit und staatlicher Ingrenz in Abhängigkeit zur jeweiligen Regelungsmaterie steht.⁷⁷ Wesentlich hat in dieser Hinsicht der VfGH die Auffassung vertreten, dass sich die von Art 81c B-VG garantierte Autonomie auf den Kernbereich der Besorgung universitärer Aufgaben und damit auf die unmittelbare Verantwortung in Forschung und Lehre beschränkt. Außerhalb dieses Kernbereiches sei demnach von einer entsprechend verdichteten staatsseitigen Regelungs-

74 Vgl. dazu Novak, Studienbeitragspflicht, 102–104.

75 Vgl. etwa § 13 Abs 6, § 16 Abs 2 f, 6, § 21 Abs 11, § 65 Abs 1, § 91 Abs 6, § 92 Abs 6, § 118b Abs 3 UG.

76 Zum Autonomiekonzept der Universitäten nach UG vgl. insb die EB 1125 BlgNR 18. GP 45, 47 sowie VfGH 23. 1. 2004, G 359/02. Vgl. dazu etwa auch Novak, Universitäten, 115 ff.

77 Vgl. Eberhard, Autonomie 80–81.

kompetenz – und Handlungsdeterminierungsmöglichkeit gegenüber den Universitätsorganen – auszugehen.⁷⁸

Weiters führen spezifische öffentliche Interessen zu einer Beschränkung der universitären Autonomie und Selbstregelungsfähigkeit. Solche bundesseitigen Regelungsinferenzen, unter Zurückdrängung binnenautonomer Regelungsmöglichkeiten von Universitätsorganen, lassen sich insbesondere in Finanzierungsbelangen und Studienangelegenheiten ausmachen.

So sieht das UG ausdrücklich eine die universitäre Studieneinrichtungshoheit⁷⁹ durchbrechende staatliche Anordnungsmöglichkeit per Verordnung für den Fall der Erforderlichkeit aus überwiegenden bildungs- oder wissenschaftspolitischen Gründen vor.⁸⁰ Der Gesetzgeber stellt damit auf ein überwiegendes Allgemeininteresse als Durchbrechungsgrund für die Regelungsautonomie der Universitäten in Studienbelangen, und damit auch im Kernbereich ihrer wissenschaftlichen Tätigkeit, ab.

Dass ein spezifisches öffentliches Interesse auch außerhalb einer ausdrücklich verankerten Ausnahmeregelung des UG einen staatlichen Regelungsprimat begründen kann, hat der VfGH mehrfach judiziert – so betreffend die gesetzliche Regelungskompetenz bei der Zulassung und Finanzierung hinsichtlich Regelstudien, wobei die besondere gesellschaftliche Bedeutung dieses Regelbereiches die Unterordnung der Universitäten unter staatliche Anforderungen begründe.^{81,82}

Die gegenständlichen bundesseitigen COVID-19-Regelungen können demnach insofern als mit der universitären Autonomie kompatibel erachtet werden, als sie, vom Schutz der öffentlichen Gesundheit intendiert, zweifellos als von einem überwiegenden öffentlichen Interesse getragen gewertet werden können.

Neben der oben dargestellten materiebezogenen Abgrenzung von universitärer und staatlicher Regelungskompetenz stellt sich im Lichte des Autonomiekonzepts der öffentlichen Universitäten noch die Frage nach dem zulässigen rechtstechnischen Mittel für staatsseitige Vorgaben gegenüber den Universitäten.

78 Vgl. VfGH 7. 3. 2017, V 68/2016; vgl. auch VfGH 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013.

79 Vgl. § 22 Abs1 Z 12 UG.

80 Vgl. § 8 UG samt den EB 1134 BlgNR 21. GP, 71.

81 Vgl. VfGH 7. 3. 2017, V 68/2016; 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013.

82 Zum diesbezüglichen Regelungsprimat des Staates vgl. auch Mayer, Satzungsautonomie, 188; Novak, Universitätsautonomie, 171.

Die zentrale Autonomieregelung des § 5 UG legt, in Ausrichtung an den bezüglichen Verfassungsregelungen der Vorgängergesetze,⁸³ fest, dass die Universitäten ihre Aufgaben „im Rahmen der Gesetze und Verordnungen“ weisungsfrei erfüllen und sich ihre „Satzung im Rahmen der Gesetze“ nach Maßgabe des Art 81c B-VG geben. Im Zuge des 1. BVRBG⁸⁴ wurde mit Art 81c erstmals die Universitätsautonomie in das B-VG integriert. In Abweichung zur vorstehenden UG-Regelung besagt die Autonomiebestimmung des Art 81c Abs 1 B-VG, dass die öffentlichen Universitäten „im Rahmen der Gesetze autonom [handeln] und [...] Satzungen erlassen [können]“. Aus Anlass dieser verfassungsrechtlichen Neuregelung wurde durch das UÄndG 2009⁸⁵ § 5 UG insoweit angepasst, als der bisherige Verweis auf die Verfassungsbestimmungen von § 2 Abs 2 UOG 1993 und § 2 Abs 2 KUOG durch den Verweis auf die neue Verfassungsbestimmung des Art 81c Abs 1 B-VG ersetzt wurde; die gehabte Autonomiedefinition als Aufgabenerfüllung „im Rahmen der Gesetze und Verordnungen“ blieb dabei unverändert.

Die konkurrierenden Regelungsinhalte von § 5 UG und Art 81c Abs 1 B-VG – hier: Aufgabenerfüllung „im Rahmen der Gesetze und Verordnungen“, da: Handeln (nur) „im Rahmen der Gesetze“ – werfen die Frage auf, ob und inwieweit eine Bindung der Universitäten an ministerielle Verordnungen besteht. Folgt man dem eindeutigen Wortlaut des Art 81c Abs 1 B-VG, hätten nur gesetzliche Vorgaben Relevanz und bestünde keinerlei Bindung an externe, ministerielle Verordnungen; folgt man dem eindeutigen Wortlaut des § 5 UG, bestünde Bindung an Gesetze und externe Verordnungen.

Dazu wird etwa der Standpunkt vertreten, dass Art 81c B-VG eine Ablöse und bewusste Änderung der verfassungsrechtlichen Vorgängerregelungen von § 2 Abs 2 und § 7 Abs 1 UOG 1993 darstelle – mit der Folge, dass nunmehr nur noch im UG ausdrücklich vorgesehene ministerielle Verordnungen für die Universitäten Belang hätten.⁸⁶ Dafür wird auch eine verfassungskonforme Interpretation der bezogenen Bestimmungen bemüht.

83 Vgl. § 2 Abs 2 UOG 1993 (Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten, BGBl 1993/805 [außer Kraft]) und § 2 Abs 2 KUOG (Kunstuniversitäts-Organisationsgesetz, BGBl I 1998/130 [außer Kraft]) samt den EB 225 BlgNR 24. GP zu § 5 UG.

84 Angesprochen ist das 1. Bundesverfassungsrechtsbereinigungsgesetz, BGBl I 2008/2.

85 Universitätsrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl I Nr 81.

86 Vgl. Perthold-Stoitzner, Studienbeitragspflicht, 124–125.

Dieses Verständnis vermag aus verschiedenen Gründen nicht recht zu überzeugen.

Zunächst wäre nach dem Wortlaut des Art 81c B-VG jede Form von Bindung an externe Verordnungen ausgeschlossen, was nicht nur der Formulierung des § 5 UG widerspricht, sondern auch im klaren Widerspruch zur mehrfachen ausdrücklichen Verordnungsermächtigung im Regelungskörper des UG stünde. Insofern ist die vorstehend vertretene Einbeziehung von Verordnungsermächtigungen nach UG in den Anwendungsbereich des Art 81c B-VG zweckbezogen konsequent, findet aber keine Deckung im klaren Wortlaut des Art 81c Abs 1 B-VG.

Da auch § 5 UG einen klaren, nicht mehrdeutigen und damit nicht interpretationsbedürftigen Wortlaut aufweist, scheidet grundsätzlich auch die Methode einer verfassungskonformen Interpretation des § 5 UG im Sinne des Art 81c Abs 1 B-VG aus, da eine solche grundsätzlich einen unklaren, auf mehrere Arten interpretierbaren Normtext voraussetzt, wobei unter den möglichen, konkurrierenden Auslegungsvarianten jener der Vorzug einzuräumen wäre, die der Bundesverfassung am ehesten entspricht.⁸⁷ Der eindeutige Wortlaut des UG ist solchen Auslegungsvarianten aber nicht zugänglich.

Es kann auch erwogen werden, ob die Aussparung der Verordnungsbindung in der Autonomieregelung des Art 81c Abs 1 B-VG – im Unterschied zur Vorgängerregelung des § 2 Abs 2 UOG 1993 und § 5 UG – auf ein Redaktionsversehen zurückzuführen ist. Es ist nämlich nicht ersichtlich, dass mit der Rechtsbereinigung im Zuge des 1. BVRBG eine inhaltliche Änderung der Reichweite universitärer Autonomie vorgenommen werden sollte. Darauf weisen weder der seit der Erlassung des 1. BVRBG vielfach novellierte Regelungskörper des UG noch die bezüglichlichen EB⁸⁸ oder die jüngere Judikatur⁸⁹ hin. In diese Richtung kann auch deuten, dass im Anschluss an die Festschreibung des Art 81c B-VG die auf die verfassungsrechtliche Verankerung der Universitätsautonomie sich beziehende Textfassung des § 5 UG, durch das UÄndG 2009, mit nunmehr ausdrücklichem Verweis auf den neuen Art 81c B-VG aktualisiert wurde, aber die Autonomiedefinition des § 5 UG (= „Aufgabenerfüllung in Rahmen der Gesetze und Verordnungen“) dabei nicht verändert wurde. Insofern streitet auch

87 Vgl. etwa Stolzlechner/Bezemek, Öffentliches Recht Rz 62.

88 Vgl. die EB 1134 BlgNR 21. GP, 70 sowie die EB 225 BlgNR 24. GP zu § 5 UG, die eine durchgehende Kontinuität in Anknüpfung an den von § 2 Abs 2 UOG 1993 (außer Kraft) festgelegten Autonomiebegriff (= Handeln im Rahmen der Gesetze und Verordnungen) erkennen lassen.

89 Vgl. insb VfGH 7. 3. 2017, V 68/2016; 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013.

ein Normverständnis im Sinne der Lex-posterior-Regel⁹⁰ für die Annahme einer bewussten Beibehaltung des universitären Handlungsrahmens unter Beachtung von bundeseitigen Gesetzen und Verordnungen.

Im Ergebnis spricht somit einiges dafür, dass nach geltender Rechtslage auch außerhalb der ausdrücklichen Verordnungsermächtigungen des BM durch das UG die Universitätsverwaltung betreffende Durchführungsverordnungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen sind. Im Einzelnen wird die konkrete Durchführungsverordnung im Lichte der universitären Autonomiegarantie zu messen sein, so dass durch solche Verordnungen etwa die Weisungsfreiheit der autonomen Universitäten nicht unterlaufen werden darf.⁹¹

Überdies sind die gegenständlichen ministeriellen Verordnungen nicht in unmittelbarer Durchführung von UG-Recht, sondern in Umsetzung der COVID-19-Gesetzgebung mit Universitätsbezug erlassen worden. Auch aus dieser Perspektive spricht damit grundsätzlich nichts gegen die Annahme der Zulässigkeit der in Frage stehenden Ordnungsregelungen betreffend die Gestaltung der Abläufe der Wissenschaftsverwaltung an Universitäten – dies vor allem auch eingedenk der im überwiegenden öffentlichen Interesse stehenden Regelungsintention des Schutzes und der Aufrechterhaltung der Gesundheit in Anbetracht der bestehenden Pandemie-Situation.

3.2.4 Wissenschaftsfreiheit

Weiters sind die die Universitäten betreffenden COVID-19-Regelungen unter dem Aspekt der Wissenschaftsfreiheit (bzw. auch Kunstfreiheit) zu betrachten. Die in Art 17 StGG⁹² verankerte Wissenschaftsfreiheit, mit ihren Komponenten Forschungs- und Lehrfreiheit, ist im UG ausdrücklich und prioritär als leitender Grundsatz der öffentlichen Universitäten normiert.⁹³ Im Kern ist die von Art 17 StGG garantierte Wissenschaftsfreiheit (bzw. die von Art 17a StGG garantierte Kunstfreiheit) als Abwehrrecht gegen den Staat konzipiert und soll intentional auf die Beschränkung dieser

90 Angesprochen ist die Derogationsregel: *lex posterior derogat legi priori* (= die spätere Regelung derogiert der früheren).

91 IdS wohl Kucsko-Stadlmayer in: Korinek/Holoubek, Österreichisches Bundesverfassungsrecht Rz 20, 40 zu § 2 Abs 2 UOG 1993.

92 Staatsgrundgesetz über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger, RGBl 1867/142.

93 Vgl. § 2 Z 1 UG.

Freiheiten gerichtete Staatsakte verhindern.⁹⁴ Im Sinne einer Gewährleistungsgarantie wird diesen Freiheiten, über ihre Funktion als individuelle Abwehrrechte hinaus, auch ein Auftrag an den Gesetzgeber zugemessen, einen rechtlichen Rahmen zu garantieren, der die Ausübung der Wissenschafts- bzw. Kunstfreiheit ermöglicht.⁹⁵ Die Verankerung der Wissenschaftsfreiheit im Rahmen der leitenden Grundsätze verleiht ihr besondere Bedeutung als Handlungsvorgabe, Rechtmäßigkeitsmaßstab und Interpretationsgrundlage für die Tätigkeit der Universitätsorgane.⁹⁶ Mit Art 81c B-VG hat die individuelle Wissenschafts- bzw. Kunstfreiheit auch eine institutionelle Komponente erfahren und damit die Garantenfunktion des Staates auch auf diesen Bereich erstreckt.⁹⁷

Wiewohl die Wissenschafts- bzw. Kunstfreiheit – anders als etwa das Grundrecht auf Unverletzlichkeit des Eigentums –⁹⁸ keinem Gesetzesvorbehalt unterliegt und insoweit relativ eingriffsfrei gestaltet ist, ist kein absolutes und damit unbeschränkbares Grundrecht, wie etwa Menschenwürde und Folterverbot, gegeben. Das bedeutet vor allem, dass die Wissenschafts- bzw. Kunstfreiheit immanenten Schranken unterliegt und grundsätzlich einer Rechtsgüterabwägung in Konkurrenz mit anderen (verfassungsrechtlich) garantierten Rechten zugänglich ist.⁹⁹ Solche immanente Schranken bzw. Relativierungen für die Wissenschafts- bzw. Kunstfreiheit können sich aus gleichrangigen Garantien anderer Grundrechte oder anderer verfassungsrechtlicher Schutzgüter ergeben; die in Art 17 bzw. Art 17a StGG garantierten Grundrechte „overrulen“ daher nicht grundsätzlich andere im Bundesverfassungsrang stehende Bestimmungen.¹⁰⁰ Als Zulässigkeitsschranken für Beschränkungen der Wissenschafts- bzw. Kunstfreiheit gilt, dass intentional auf ihre Beschränkung gerichtete Eingriffe nicht und nicht-intentionale Eingriffe nur unter bestimmten Umständen zulässig sind.¹⁰¹

Auch unter dem Aspekt der Wissenschafts- und Kunstfreiheit sind damit gewisse Beschränkungen im Zuge von Regelungen zum Schutz der öf-

94 Zur Wissenschaftsfreiheit und Kunstfreiheit vgl. eingehend Novak, Universitäten, 171–185.

95 Vgl. dazu Berka in: Rill/Schäffer, Bundesverfassungsrecht Rz 22–26; Funk, Grundrechtsschutz, 34–37; Holoubek, Gewährleistungspflichten, 40, 131, 206, 604.

96 Vgl. Faulhammer in: Perthold-Stoitzner, UG Rz 3 zu § 2 UG.

97 Vgl. dazu VfGH 7. 3. 2017, V 68/2016; 29. 6. 2013, G 35–40/2013, V 32–36/2013.

98 Vgl. Art 5 StGG.

99 Vgl. dazu etwa Novak, Universitätsrecht, 41–42.

100 Vgl. Gamper, Wissenschaftsfreiheit, 115–116, 118–119.

101 Vgl. etwa VfGH 14. 12. 1994, B 1400/92.

fentlichen Gesundheit und des Gesundheitssystems nicht per se ausgeschlossen.

3.2.5 Lernfreiheit

Durch die auf die Universitäten bezogenen COVID-19-Regelungen sind schließlich wesentlich auch die studienrechtlichen Bestimmungen des UG und die Durchführung des Studienrechts betroffen. Abgesehen vom II. Teil des UG (studienrechtlicher Teil) in seiner Gesamtheit¹⁰² ist dabei im Speziellen auch die Lernfreiheit der Studierenden angesprochen. Im Rahmen der vom UG geregelten Lernfreiheit¹⁰³ sind den Studierenden eine Reihe von Rechten zugesichert, die mehr oder weniger von COVID-19-Maßnahmen tangiert werden.¹⁰⁴

Besonderen Status erhält die Lernfreiheit dadurch, dass sie als leitender Grundsatz der Universitäten festgeschrieben ist.¹⁰⁵ Dies sichert ihr eine erhöhte Bedachtnahme durch die Universitätsorgane bei der Durchführung der Wissenschaftsverwaltung. Im Unterschied zu Wissenschafts- und Kunstfreiheit ist die Lernfreiheit allerdings nicht im Verfassungsrang garantiert. Sie ist daher weniger beschränkungsfest.

Was für die Rechtsgüterabwägung und Beschränkbarkeit der Wissenschafts- und Kunstfreiheit ausgeführt wurde, gilt daher hier im Besonderen. Im Effekt können daher maßvolle Beschränkungen durch COVID-19-Regelungen auch betreffend die Lernfreiheit als zulässig erachtet werden.

4. Resümee

In unionsrechtlicher Hinsicht ist betreffend Freizügigkeitsrechte und Diskriminierungsschutz als maßgeblich hervorzuheben, dass das Primärrecht der EU selbst ausdrückliche Ausnahmen davon bzw. diesbezügliche Beschränkungsmöglichkeiten vorsieht, wobei dem Schutz der öffentlichen Gesundheit besondere Relevanz beigemessen wird. Bei entsprechender Erweislichkeit der Gefährdung von Gesundheit bzw. Gesundheitssystem und

102 Vgl. §§ 51 ff UG.

103 Vgl. § 59 Abs 1 UG.

104 Angesprochen sind etwa die Rechte auf Benützung von Universitätseinrichtungen (vgl. § 59 Abs 1 Z 4 UG), auf Prüfungsablegung (vgl. § 59 Abs 1 Z 8 UG) oder auf abweichende Prüfungsmethode (vgl. § 59 Abs 1 Z 12 UG).

105 Vgl. § 2 Z 4 UG.

nach Maßgabe hinreichender Verhältnismäßigkeit können daher, im Sinne des Allgemeinwohls, einschränkende Regelungen der Mitgliedstaaten betreffend Unionsbürgerfreiheiten und Diskriminierungsschutz gerechtfertigt sein.

Den verfassungsrechtlich garantierten Grundrechten ist wesentypisch die Intention eines Ausgleichs zwischen Gemeinschafts- und Individualinteressen inhärent. Wichtige öffentliche Interessen, wie die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, Sicherheit und Gesundheit, sind damit grundsätzlich geeignet, soweit tauglich, adäquat und sachlich gerechtfertigt, Eingriffe in die in Rede stehenden Grund- und Freiheitsrechte zu rechtfertigen.

Aus universitätsrechtlicher Sicht kann der Determinierungsgrad für die einschlägigen ministeriellen Verordnungen, mit Hinblick auf die diesbezügliche Regelungssystematik des UG, als materiebezogen ausreichend gewertet werden.

Betreffend ministerielle Verordnungskompetenzen in Universitätsbelangen spricht einiges – auch vor dem Hintergrund spezifischer Allgemeininteressen – dafür, die gegenständlichen Durchführungsverordnungen – auch ohne ausdrückliche Ermächtigung im UG – als mit der universitären Autonomie kompatibel zu qualifizieren.

Da die Wissenschaftsfreiheit kein absolut garantiertes Grundrecht ist, sind Beschränkungen, soweit sie wesentlich nicht intentional auf die Beschneidung der Forschungs- und Lehrfreiheit hinzielen, zur Sicherung anderer verfassungsrechtlich festgeschriebener Rechte grundsätzlich zulässig.

Eine Beschränkung bestimmter im Rahmen der Lernfreiheit vorgesehener Studierendenrechte ist im Sinne überwiegender Allgemeininteressen verhältnismäßig leichter begründbar, da diese nicht im Verfassungsrang zugesichert ist.

Unter den hier in Betracht gezogenen Aspekten können, bei Bedachtnahme auf den rechtlichen Rahmen und die gegebene Ausgangssituation, im Ergebnis die in Rede stehenden COVID-19-Maßnahmen als rechtfertigbar eingestuft werden.

Literatur

- Adamovich, Ludwig K./Funk, Bernd-Christian/Holzinger, Gerhart/Frank, Stefan Leo: Österreichisches Staatsrecht. Bd 3: Grundrechte, Wien: Verlag Österreich ³2019.
- Berka, Walter: Verfassungsrecht, Wien: Verlag Österreich ⁷2018.
- Berka, Walter in: Rill, Heinz Peter/Schäffer, Heinz (Hg.): Bundesverfassungsrecht (Loseblatt). Bd 2/Grundrechte/Vorbem StGG, Wien: Verlag Österreich 2001.
- Borchardt, Klaus-Dieter: Die rechtlichen Grundlagen der Europäischen Union, Wien: Böhlau ⁷2020 (= utb 1669).
- Eberhard, Harald: Autonomie „im Rahmen der Gesetze“, in: Löschnigg, Günther/Funk, Bernd-Christian (Hg.): 10 Jahre UG. Sach- und Rechtsfragen einer Reform, Wien: ÖGB Verlag 2012 (= Schriften zum österreichischen und internationalen Universitäts- und Hochschulrecht 5) 59–94.
- Faulhammer, Friedrich in: Perthold-Stoitzner, Bettina (Hg.): UG. Universitätsgesetz 2002, Wien: Manz ³2016.
- Funk, Bernd-Christian: Grundrechtsschutz und Verwirklichung grundrechtlicher Werte, in: Österreichische Juristenkommission (Hg.): Neue Wege des Grundrechtsschutzes, Wien: Linde 2001 34–47.
- Gamper, Anna: Wissenschaftsfreiheit. Entwicklung und Herausforderungen in Zeiten des Postfaktizismus, in: Zeitschrift für Hochschulrecht, Hochschulmanagement und Hochschulpolitik 4 (2018) 113–126.
- Hengstschläger, Johannes/Lieb, David: Grundrechte, Wien: Manz ³2019.
- Holoubek, Michael: Grundrechtliche Gewährleistungspflichten. Ein Beitrag zu einer allgemeinen Grundrechtsdogmatik, Wien: Springer 1997 (= Forschungen aus Staat und Recht 114).
- Kucsko-Stadlmayer, Gabriele in: Korinek, Karl/Holoubek, Michael (Hg.): Österreichisches Bundesverfassungsrecht (Loseblatt). Bd IV: Kommentar zum sonstigen Bunderverfassungsrecht/36/UOG 1993, Wien: Springer 2009.
- Mayer, Heinz: Satzungsautonomie und Studiengebühren, in: Zeitschrift für Hochschulrecht, Hochschulmanagement und Hochschulpolitik 6 (2011) 183–192.
- Novak, Manfred: Rechtsfragen zur Studienbeitragspflicht an Universitäten, in: Zeitschrift für Hochschulrecht, Hochschulmanagement und Hochschulpolitik 4 (2009) 101–111.
- Novak, Manfred: Universitäten zwischen Freiheit und Verantwortung. Entwicklung und Perspektiven einer Rechtsbeziehung, Wien: Springer 2014.
- Novak, Manfred: Universitätsautonomie und Regelungshoheit, in: Zeitschrift für Hochschulrecht, Hochschulmanagement und Hochschulpolitik 6 (2016) 169–174.
- Novak, Manfred: Universitätsrecht, Wien/Graz: NWV ³2018 (= Neue Praktikerskripten 1).

- Novak, Manfred/Funk, Bernd-Christian: Verfassungsrechtliche Dimensionen des Hochschulrechts, in: Grimberger, Markus/Hauser, Werner/Novak, Manfred et al.: Handbuch des österreichischen Hochschulrechts, Wien/Graz: NWV ³2018, 33–55.
- Perthold-Stoitzner, Bettina: Verfassungsrechtliches zur Neuregelung der Studienbeitragspflicht, in: Hauser, Werner/Kostal, Mario (Hg.): Jahrbuch Hochschulrecht 2009, Wien/Graz: NWV 2009, 115–129.
- Ruhs, Christian: Zulässige Beschränkungen der Freizügigkeit der Studenten, in: Busch, Jürgen/Unger, Hedwig (Hg.): Rechtsfragen des Europäischen Hochschulraumes. Higher Education Integration in Europe, Wien: Facultas 2009, 119–143.
- Stolzlechner, Harald/Bezemek, Christoph: Einführung in das öffentliche Recht, Wien: Manz ⁷2018.
- Winkler, Roland: Die Grundrechte der Europäischen Union. System und allgemeine Grundrechtslehren, Wien: Springer 2006 (= Forschungen aus Staat und Recht 152).
- Vedder, Christoph/Heintschel von Heinegg, Wolff (Hg.): Europäisches Unionsrecht. EUV, AEUV, GRCh, EAGV, Baden-Baden: Nomos ²2018.

III

Deutungen des Sozialen

Einfache und vertrackte Probleme. Strukturelle Unterschiede zwischen der Corona-Pandemie und der Klimakrise

Jochen Ostheimer

Zusammenfassung

Bei der Corona-Pandemie und der Klimakrise handelt es sich um unterschiedliche Problemtypen. Die große Zahl an Covid-19-Erkrankungen stellt zumindest in Mitteleuropa ein einfach strukturiertes Problem dar, die Erderwärmung hingegen ein vertracktes Problem. Sie unterscheiden sich erstens in der Zeitstruktur, den Kausalverhältnissen und der öffentlichen Wahrnehmbarkeit, zweitens hinsichtlich der Akteure und ihrer Rollen sowie schließlich bezüglich der Handlungsmöglichkeiten.

1. Krisentypen

In Zeiten von Umbrüchen wird gerne verkündet, dass jede Krise auch eine Chance sei, wie ja bereits das entsprechende chinesische Schriftzeichen zeige, und es wird dann erklärt, welche Lehren aus der Bewältigung der einen Herausforderung für den Umgang mit einer anderen Herausforderung gezogen werden könnten. Ausgespart bleibt in solchen Ratschlägen, den Typus der Krise zu bestimmen. Hier setzen die folgenden Überlegungen an, die aufzeigen, dass zwischen der aktuellen Corona-Pandemie und der schon länger bekannten Krise des Klimawandels strukturelle Unterschiede bestehen.¹ Drei zusammenhängende Aspekte werden näher analysiert. Sie machen deutlich, dass die Lösung des zweiten Problems erheblich schwieriger sein wird. Ein erster Aspekt ist das Wechselverhältnis aus Zeitstruktur, Wahrnehmbarkeit, Emotionalisierung und Kausalbeziehungen. Der zweite Gesichtspunkt bezieht sich auf die Akteure. Der dritte Vergleichspunkt sind die zur Verfügung stehenden Handlungsmöglichkeiten.

1 Die folgenden Überlegungen konzentrieren sich vor allem auf Österreich und Deutschland und die angrenzenden mitteleuropäischen Länder. In anderen Teilen der Welt mögen die Diskurse anders verlaufen.

Betrachtet man die beiden Krisen als Dramen, dann weist die Gesundheitskrise eine Nähe zum aristotelischen Dramenmodell auf. Raum, Zeit und Handlung bilden eine Einheit, die Anzahl der Akteure ist begrenzt, und es findet in gewisser Weise eine Katharsis statt, nämlich in Form der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen, die die Gesellschaft zu einer ungewohnten Ruhe zwingen und zu einer Verlagerung der Aufmerksamkeit bewegen. Diese Geschlossenheit fehlt im Klimadiskurs. Auf ihn trifft eher zu, was Goethe über Shakespeares Dramen schrieb:

Shakespeares Theater ist ein schöner Raritätenkasten, in dem die Geschichte der Welt vor unsern Augen an dem unsichtbaren Faden der Zeit vorbeiwallt. Seine Plane sind, nach dem gemeinen Stil zu reden, keine Plane, aber seine Stücke drehen sich alle um den geheimen Punkt (den noch kein Philosoph gesehen und bestimmt hat), in dem das Eigentümliche unseres Ichs, die prätendierte Freiheit unsres Wol- lens, mit dem notwendigen Gang des Ganzen zusammenstößt.²

Abzuändern ist lediglich, dass die prätendierte Freiheit kollektiv und als strukturell durch die gesellschaftlichen Institutionen vermittelt gedacht werden muss.

2. *Der (un)sichtbare Verlauf der Krise: Zeitstruktur, Wahrnehmung und Kausalverhältnisse*

Ob ein Ereignis den Weg in die öffentliche Kommunikation findet und sich im Wettstreit um die knappe Ressource Aufmerksamkeit über einen längeren Zeitraum behaupten kann, hängt u.a. von dem Komplex aus Zeitstruktur, Sichtbarkeit, Emotionalisierung und Kausalbeziehungen dieses Ereignisses ab. Die aktuelle Gesundheits- und die andauernde Klimakrise unterscheiden sich diesbezüglich grundlegend.

2.1 *Der akute und dramatische Charakter der Corona-Pandemie*

Das Corona-Virus und die Covid-19-Erkrankung haben einen Neuheitswert. Die Ausbreitung verläuft schnell, das Geschehen ist dramatisch, die Auswirkungen greifen umfassend in den Alltag ein. Daher kann dieses Ereignis leicht Aufmerksamkeit erregen. Förderlich dafür ist die Dynamik

2 Goethe, Shakespeare-Tag, 226.

dieses Geschehens. Die Corona-Pandemie ist ein akutes Problem. Am zweiten Weihnachtsfeiertag 2019 wurde das neue Virus in China entdeckt. Nicht einmal einen Monat später wurde die chinesische Stadt Wuhan mit ihren über acht Millionen Einwohnern zum Zweck des allgemeinen Gesundheitsschutzes abgeriegelt. Dies stellt zumindest aus westlicher Sicht den massenmedialen Anfangspunkt der Corona-Krise dar. Die Ausbreitung nach Europa dauert nicht einmal vier Wochen. Am 15. Februar 2020 ereignete sich in Frankreich der erste Todesfall, der mit dem neuen Virus in Verbindung gebracht wurde. Neun Tage später wurden in Italien mehrere Städte abgeriegelt – ein für mitteleuropäische Verhältnisse ungeheures Vorgehen. Am 10. März verkündete die österreichische Bundesregierung erste Schutzmaßnahmen, die immer tiefer in das öffentliche Leben eingriffen. Von der ersten allgemein wahrnehmbaren Berichterstattung bis zu den ersten spürbaren Einschränkungen in Mitteleuropa vergingen gerade einmal vier (Italien) bzw. gut sechs Wochen (Österreich).

Kennzeichnend für die Zeitstruktur der Pandemie ist ferner, dass sie vermutlich, zumindest in Mitteleuropa, ein relativ klares Ende haben wird: durch Immunisierungseffekte, die voraussichtlich binnen weniger Jahre eine Herdenimmunität entstehen und die Zahl der Neuerkrankungen auf ein durchschnittliches Grippeniveau fallen lassen, sowie insbesondere durch die Entwicklung von Impf- oder Heilmitteln, die für das kommende Jahr erwartet werden.

Abgesehen von der zeitlichen Verdichtung besitzt die Corona-Pandemie eine ungewöhnliche Sichtbarkeit. Das Virus selbst hat ein Bild bekommen, das man in beinahe jeder Nachrichtensendung und in jeder Internetmeldung sehen kann: eine Kugel mit Stacheln, die wie eine Spielfigur aussieht. Wichtiger indes sind die öffentlich augenfälligen Zeichen der Pandemie: Warn- und Verhaltenshinweise, Desinfektionsmittel und allen voran die Gesichtsmasken. Was bis vor kurzem nur aus ostasiatischen Ländern bekannt war und hierzulande leicht unter ein Vermummungsverbot hätte fallen können, wird nun zur Selbstverständlichkeit,³ gar zur Pflicht. Mund und Nase sind zu bedecken. Das Signum des Bankräubers wird zum Emblem des sorgsam Mitbürgers.

3 Die alltägliche Normalität zeigt sich in einer marktwirtschaftlich organisierten Gesellschaft vermutlich am klarsten darin, dass Masken sehr rasch erst zu einer normalen Ware und dann gemäß den Gesetzen der Mode zum Accessoire aufgewertet wurden; vgl. Schneider, Mode und Mundschutz.

Die Wahrnehmbarkeit der Pandemie wird insbesondere auch über Zahlen hergestellt.⁴ Neuerkrankungen, Ausbreitungsgeschwindigkeit, Todesfälle, die mit Covid-19 in Verbindung gebracht werden – diese Fallzahlen stehen wochenlang am Anfang jeder Nachrichtensendung und jeder Zeitungsmeldung, und sie werden in Talkshows und Online-Portalen illustriert und diskutiert. Eine solche Präsenz genießen nur noch zwei Arten von Zahlen: Temperaturangaben in den Wetteraussichten sowie Börsenwerte.

Auch die private Kommunikation hält das Thema im Bewusstsein. Wichtige Kanäle sind neben Alltagsgesprächen die sozialen Netzwerke von WhatsApp, Facebook, Instagram u. a., in denen Memes und Videos in oft humoristischer Weise die aktuelle Lage beleuchten.⁵

Diese Vehemenz an Signalen prägt das Bewusstsein. Mindestens ebenso wichtig wie die Menge an Meldungen ist das Ansprechen von Emotionen, um Aufmerksamkeit zu erregen und über einen gewissen Zeitraum hochzuhalten. Ebendies gelang der Corona-Pandemie. Unsicherheit, Sorge und Angst um die eigene Gesundheit und um das Wohlergehen Nahestehender sowie ein allgemeines Mitgefühl mit den Betroffenen standen am Anfang der Entwicklung. Im nächsten Schritt kam bei vielen eine Erleichterung hinzu, wenn sie sich nicht angesteckt hatten oder zumindest keine Symptome bemerkten, wie auch eine Beruhigung, dass die Regierung und die nachgeordneten Behörden souverän agierten. Nach diesem Aufatmen wurde die Stimmungslage komplexer. Zunehmend traten die psychischen und sozioökonomischen Folgen der Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen in den Blick. Die Situation, die je nach Ort weitgehend einem Hausarrest glich, erzeugte neuen Stress. Der „Lagerkoller“ ließ Konflikte eskalieren oder förderte ein Suchtverhalten. Die ungeahnten Belastungen einer ganztägigen Betreuung und Beschäftigung von Kindern in den teils recht engen eigenen vier Wänden in Verbindung mit den pädagogischen Heraus- und Überforderungen des Hausunterrichts führten teilweise zu erheblichen Anspannungen. Der fehlende Austausch mit anderen und der Mangel an Ansprache und Abwechslung stellten viele vor eine harte Be-

4 Eine eigene Analyse wert wäre der Vergleich zwischen der Berichterstattung über die Covid-19-Erkrankung in Europa und der Darstellung der Ebola-Erkrankung in Afrika in europäischen Medien. Im Fall von Ebola wurden vielfach Bilder von Betroffenen gezeigt, während europäische Kranke vor dem Blick Fremder geschützt sind und stattdessen von anonymen Zahlen vertreten werden.

5 Eine Auswahl findet sich bspw. hier: https://www.t-online.de/digital/id_87537942/whatsapp-facebook-und-co-wie-corona-im-netz-mit-humor-bekaempft-wird.html [15.05.2020].

währungsprobe. Die Angst um den Arbeitsplatz, Kurzarbeit oder gar Arbeitslosigkeit zeigten schnell die problematischen Nebenfolgen der gewählten Lösungsstrategie auf. Die Pandemie und ihre vielfältigen Folgen ließen niemanden kalt.

2.2 Die Unsichtbarkeit des Klimawandels

Anders als die Corona-Krise leidet der Klimadiskurs unter verschiedenen Problemen in der öffentlichen Wahrnehmung, auch wenn er in politischen Stellungnahmen und in der medialen Berichterstattung ein regelmäßig wiederkehrendes Thema ist. Dieses Defizit resultiert aus seiner Zeitstruktur, aus der geringen Alltagsnähe wichtiger Symbole und aus uneindeutigen Kausalverhältnissen.

Die zeitliche Dynamik des Klimawandels weist drei charakteristische Merkmale auf. Er vollzieht sich schleichend, es treten sowohl Verzögerungen als auch sprunghafte Beschleunigungen auf und es ist kein Ende in Sicht. Seit rund 200 Jahren steigt die CO₂-Konzentration in der Atmosphäre langsam, aber stetig an, ohne dass Auswirkungen bemerkbar waren. Sie zeigten sich erst ganz allmählich und zunächst auch nur den Experten. Zwar ist dieser Verlauf in naturgeschichtlichen Zeiträumen betrachtet sehr schnell, doch mit Blick auf die menschliche Wahrnehmung, das kulturelle Gedächtnis und die massenmediale Aufmerksamkeitsspanne bedeuten Jahrhunderte fast schon eine Ewigkeit, zumal sich in diesen zwei Jahrhunderten sehr viele tiefgreifende Umwälzungen ereigneten.

Im Klimasystem gibt es Senken, die in zeitlicher Hinsicht als Puffer wirken, gleichsam eine Art Inkubationszeit sind. Treibhausgasemissionen lagern sich nicht vollständig in der Atmosphäre ab, sondern über verschiedene Austauschprozesse ebenso im Boden, in der Vegetation und insbesondere in den Ozeanen, deren Sättigungsgrad allerdings kontinuierlich steigt. Daher liegt die messbare Temperatur deutlich unter dem Wert, der sich rein rechnerisch aus dem Zuwachs an Kohlendioxid, Methan und anderen Klimagasen ergibt. Zugleich können Veränderungen im Klimasystem sich auch selbst verstärken, etwa das Auftauen von Permafrostböden oder das Abschmelzen von Polareis oder Gletschern. Solche positiven Rückkopplungsprozesse – im Klimadiskurs oft als Kippprozesse bezeichnet – führen zu einem sprunghaften Temperaturanstieg, ohne dass aber genau vorhersehbar ist, wann und wie schnell sie sich ereignen werden.

Nicht zuletzt ist beim Klimawandel kein Ende in Sicht. Die in der Atmosphäre abgelagerten Treibhausgase werden noch über Jahrhunderte nachwirken. Die Umwelt der Zukunft wird eine andere sein.

Dass die Klimakrise so leicht aus dem öffentlichen Bewusstsein verschwindet, liegt nicht nur an dem sehr langsamen Verlauf, sondern auch daran, dass die Veränderungen auf den ersten Blick marginal sind. Die Kohlendioxidkonzentration in der Luft stieg seit Beginn der Industrialisierung vor etwa 200 Jahren um ca. 120 Teilchen pro einer Million Teilchen (parts per million, ppm). Um sich diese Größenordnung zu veranschaulichen: 120 ppm entsprechen auf die Einwohnerzahl von Graz umgerechnet 35 Personen, während der Nettozuwachs der Stadt 2018 rund 2.500 Personen betrug.⁶

Der Sachverhalt der Erderwärmung und die Bedrohlichkeit der Folgen müssen daher erst vermittelt und anschaulich gemacht werden. Ein Meilenstein in dieser Hinsicht war Al Gores in den frühen 2000er Jahren gestartete Kampagne *Eine unbequeme Wahrheit*. In einer bildgewaltigen multimedialen Inszenierung leistete der ehemalige US-Vizepräsident an vielen Orten weltweit eine wichtige Aufklärungsarbeit. Weil der Klimawandel so vielschichtig ist und zahlreiche Wechselwirkungen zwischen natürlichen und gesellschaftlichen Vorgängen aufweist, sind die Darstellungen, Berichte, Stellungnahmen und Kampagnen jedoch oft kleinteilig, auf Einzelthemen fokussiert, lokal verankert oder an bestimmten soziokulturellen Gruppen ausgerichtet. Zudem verfolgen die Akteure in vielen Fällen noch weitere Interessen, die zumindest in der öffentlichen Wahrnehmung das Engagement für den Klimaschutz überlagern können. Im Ganzen erfolgen der Informationsfluss und die Meinungsbildung bei weitem nicht so gebündelt und weitgehend im Gleichklang wie im Fall der Corona-Pandemie.

Der Klimawandel braucht daher Symbole. Beliebt ist der Eisbär, an dessen Beispiel sich gut veranschaulichen lässt, was es bedeutet, wenn es zu warm wird.⁷ Ein ganz andersartiges Symbol ist Greta Thunberg, die gegenwärtig als das Gesicht der Klimaschutzbewegung angesehen werden kann. Diese Symbole prägen aber anders als Gesichtsmasken nicht den Alltag. Sie gehören nicht zum gewöhnlichen Tagesablauf und bestimmen nicht den täglichen Anblick, sondern sind nur medial vermittelt. Man kann sie daher relativ leicht ausblenden.

Eine wichtige Basis, um umfassende und tiefgreifende gesellschaftliche Veränderungen anzugehen oder mitzutragen, ist eine emotionalisierende Ansprache der Öffentlichkeit. Eine große Rolle spielt dabei aktuell die Be-

6 Vgl. Statistik Austria, Statistik des Bevölkerungsstandes.

7 So etwa auch bei Kinderbüchern; vgl. z. B. Hagn/Patschorke, Vom kleinen Eisbären.

wegung *Fridays for future* mit ihren sogenannten Klimastreiks, die infolge der Pandemiebestimmungen im Internet als „Netzstreik fürs Klima“ stattfanden. Gleichwohl brennt der Klimawandel den Menschen nicht unter den Nägeln, er bedroht nicht unmittelbar die Gesundheit oder das Beschäftigungsverhältnis und ruft daher nur bei wenigen eine akute Besorgnis hervor.

Die öffentliche Befassung mit den Gefahren des Klimawandels wird nicht zuletzt dadurch erschwert, dass die Ursache-Wirkungs-Beziehungen bei weitem nicht so eindeutig wie im Fall der Corona-Erkrankung sind. Zwar besteht eine klare Kausalität zwischen dem Ausstoß von Treibhausgasen und der Erderwärmung, nicht jedoch zwischen dem Ausstoß von Treibhausgasen und den Folgen des Klimawandels wie wärmeren Wintermonaten, Überschwemmungen oder Trockenheiten, Veränderungen in der Tier- und Pflanzenwelt oder der Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Denn diese Phänomene sind immer auch durch gesellschaftliche Entwicklungen bedingt. Das Verschwinden von Arten liegt beispielsweise auch an der massiven Ausweitung von Siedlungs- und Nutzflächen und am großflächigen Einsatz vielfältiger Mittel zur „Schädlingsbekämpfung“. Überschwemmungen gewinnen ihre gewaltige Wirkung nicht allein durch starken Dauerregen, sondern ebenso durch Bodenversiegelung, Abholzung, Begradigung von Flussläufen oder den Bau von Wohn- und Gewerbegebieten und Verkehrsstrassen in Überflutungsgebieten. Anstelle der Eindeutigkeit suggerierenden Semantik von Ursache und Wirkung könnte hier in Anlehnung an Latour von „Mittlern“ gesprochen werden. Während „Zwischenglieder“ Wirkungen passiv weiterleiten, entfalten Mittler innerhalb einer Kausalkette oder genauer: innerhalb eines Kausalnetzwerks eine eigene Wirkungsmacht.⁸ Dieser Umstand der fehlenden Monokausalität erleichtert es in der gesellschaftlichen Kommunikation, den Klimawandel und seine Folgen zu bestreiten oder zu verharmlosen. Wer hingegen mit Blick auf Covid-19 das Corona-Virus als Ursache der Erkrankung oder das Ansteckungspotential leugnen wollte, lief Gefahr, sich lächerlich zu machen.⁹

8 Vgl. Latour, Eine neue Soziologie, bes. 66–75; Latour, Kampf um Gaia, 126 Fn. 67, 164. Vgl. als Hintergrund auch die Figur des Parasiten, der Übertragungsvorgänge aller Art überlagert und die Beziehung zwischen Sender und Empfänger bzw. Ursache und Wirkung eigendynamisch verändert, bei Serres, Der Parasit.

9 Diese Beobachtungen geben den Stand bis Mitte Mai 2020 wieder. Danach mehrten sich in verschiedenen europäischen Ländern allmählich unterschiedlich motivierte öffentliche Proteste gegen die Pandemiebestimmungen, die teilweise auch die Faktizität des Krankheitsverlaufs in Frage stellten.

Zudem wird die Verbindung zwischen einem energieintensiven Lebensstil als Ursache und Wohlfahrtsverlusten als Folgen kaum registriert, weil sich viele Folgewirkungen der Erderwärmung mit einer großen zeitlichen Verzögerung und oft auch räumlich verschoben ereignen. Besonders stark werden die Belastungen in den südlichen Ländern zu spüren sein. Infolge dieses Auseinanderfallens von ursächlicher Handlung und erlebter Wirkung ergibt sich gerade in der westlichen Welt erst ganz allmählich eine Betroffenheit.

3. Akteure und Helden

Die Corona-Pandemie und die Klimakrise unterscheiden sich ferner mit Blick auf die maßgeblichen Akteure, ihre Handlungsmöglichkeiten und ihre öffentliche Anerkennung. Um das eingangs genannte Denkschema des Theaters aufzugreifen: Den Akteuren stehen andere Rollen zur Verfügung. Näher beleuchtet werden der Staat als organisationaler oder institutioneller Akteur, Politiker mit Entscheidungskompetenz sowie Wissenschaftler.

3.1 Die Helden der Corona-Pandemie

Auffallend in der Corona-Krise ist die Wiederentdeckung des (National-)Staats als Hort der Stabilität. Ihm allein wird zugetraut, die Daseinsvorsorge zu sichern, etwa medizinische Schutzausrüstung zu beschaffen oder Soldaten und Zivildienstler abzustellen, die bei Behörden oder Unternehmen aushelfen.¹⁰

Die Regierungspolitik zeigt sich in dieser Situation als Biopolitik im Sinn der von Foucault analysierten modernen Gouvernamentalität. Sie zielt auf die gesamte Bevölkerung, wobei die Bevölkerung unter der Perspektive biologischer Prozesse, in diesem Fall unter der Perspektive von Ansteckungsprozessen, regiert wird. Die wesentlichen Instrumente des staatlichen Handelns sind dabei Sicherheitsdispositive: Ansteckungsmöglichkeiten unterbinden bzw. Infektionsketten erfassen und die Betroffenen unter Quarantäne stellen. Dabei werden die gesellschaftlichen Verhältnisse so gestaltet, dass sich die Individuen im Großen und Ganzen eigenständig

10 Vgl. <https://www.bundesheer.at/archiv/a2020/corona/artikel.php?id=5507> [07.05.2020].

im Kraftfeld der jeweiligen Macht bewegen, d. h. sich die eigentlich einschränkenden Maßnahmen zu eigen machen, so dass es kaum zu einem Machtkampf kommt.¹¹

Die Wertschätzung des Staates korrespondiert mit einer doppelten Abgrenzung. Zum einen zeigt sich in der Bevölkerung eine Skepsis gegenüber inter- und supranationalen Einrichtungen wie den Vereinten Nationen oder der Europäischen Union. Ihnen scheint es an Handlungskompetenzen wie an Wissen um die lokalen Verhältnisse zu fehlen. Zum anderen wird den Mechanismen der Marktwirtschaft wenig Vertrauen entgegengebracht, die Krise zu bewältigen. Insbesondere wird eine deutliche Kritik am Trend zur Kommerzialisierung von Krankenhäusern geübt. In Krisenzeiten, so kann man diese Tendenzen zusammenfassen, sehnen sich viele nach einer sichtbaren Hand, und diese wird primär beim Staat gesehen und eben nicht in den Marktmechanismen, für die seit Adam Smith das Bild der *invisible hand* steht.¹²

Wenn die staatlichen Organe gut funktionieren und akute Herausforderungen meistern, wirft dies meist auch ein gutes Licht auf die führenden Politiker, die den Staat repräsentieren. Einige nutzen diese Chance, sich zu profilieren, und erleben aktuell eine Sternstunde. Sie verkörpern Verantwortungsbewusstsein, Sorge und Entschlossenheit. Sie treffen den richtigen Ton und verbinden Ernsthaftigkeit mit Empathie. Sie verkünden harte Einschränkungen und erfahren nicht trotzdem, sondern deswegen eine hohe Zustimmung.

Dies lässt sich transaktionsanalytisch rekonstruieren.¹³ Regieren ist eine asymmetrische Sozialbeziehung. Regieren heißt immer auch, Vorschriften zu erlassen, Anweisungen zu erteilen und Verbote auszusprechen. Regierende erscheinen in solchen Kommunikationssituation in der Rolle des kritischen Eltern-Ichs. Sie geben Regeln vor und beurteilen ihre Einhaltung. Notsituationen hingegen bieten die günstige Gelegenheit, die Rolle des kritischen durch die Rolle des fürsorglichen Eltern-Ichs zu ergänzen. Die Einschränkungen sind schließlich Schutzmaßnahmen. Hinzu kommen vielfältige Unterstützungsleistungen, die anders als Wahlgeschenke nicht Zustimmung kaufen bzw. belohnen sollen, sondern eine aufrichtige Sorge um die Betroffenen signalisieren.

Noch eine dritte Akteursgruppe ist besonders zu erwähnen: die Virologen. Sie nehmen eine doppelte Rolle wahr. Zum einen agieren sie als He-

11 Vgl. Foucault, *Analytik der Macht*, 171, 230 f.

12 Vgl. Luhmann, *Die Wirtschaft der Gesellschaft*, 164.

13 Vgl. Berne, *Spiele der Erwachsenen*.

rold, als Kündler der Wahrheit. Dabei zeigt sich eine ungewöhnliche Dynamik. Eigentlich sind Unheilsboten nicht beliebt. Doch hier verhält es sich anders. Denn sie klären in einer Situation der Ungewissheit auf, und Erklärungen schaffen Sicherheit. Eine schlechte Nachricht ist den meisten Menschen lieber als eine lange Phase der Ungewissheit. Ein solcher Spannungszustand führt zu Gereiztheit. Wenn man jedoch weiß, was der Fall ist, kann man sich auf die neuen Umstände einstellen, kann man selbst wieder aktiv werden, kann sich das Gefühl der Selbstwirksamkeit einstellen.¹⁴ Daher genießen Virologen derzeit nicht nur ein großes Vertrauen, weil sie diejenigen sind, die sich auskennen und die mit ihrem Sachverstand auch einem US-Präsidenten widersprechen, sondern sie genießen auch Sympathie, weil sie den Mut haben, nichts zu beschönigen.

Ihre große Wertschätzung resultiert aber auch aus ihrer zweiten Rolle, der Rolle des Retters. Das Virus muss besiegt werden. Wenn man die martialische Rhetorik aufgreifen will, die von einigen Politikern und Journalisten gebraucht wird,¹⁵ sind die Virologen diejenigen, die die passenden Waffen und Strategien entwickeln und den Einsatz anleiten. Noch treffender ist aber ein Bild, das der Medienpsychologe Frank Schwab für den Berliner Virologen Christian Drosten prägte. Mit seinem Podcast, dem „Coronavirus-Update“¹⁶, wurde Drosten in kürzester Zeit zu einer zentralen Instanz im deutschen Corona-Diskurs, einer Instanz, die Wissen und Weisheit, Entschlossenheit und Führung verbindet. Diese Eigenschaften machen ihn zum „Gandalf der Nation“.¹⁷

3.2 Akteure im Klimawandel

Die Akteursgruppen, die in der Pandemie günstige Bedingungen vorfinden, um sich öffentlich zu profilieren bzw. um für ihre Kompetenzen und Leistungen Aufmerksamkeit und Wertschätzung zu erhalten, stoßen im Klimadiskurs auf große Hindernisse. Die Heldenrolle scheint für sie kaum erreichbar.

Während der Staat zum Schutz der Gesundheit seiner Bürger souverän handeln kann, ist dies in Sachen Klimaschutz kaum möglich. Bei der Bewältigung der Pandemie besteht eine Kongruenz zwischen den Aufgaben,

14 Vgl. Bandura, Self-efficacy.

15 Vgl. etwa Macron, Adresse aux Français; Johnson, Statement on coronavirus; Agamben, Das nackte Leben.

16 https://www.ndr.de/nachrichten/info/podcast4684_page-5.html [15.05.2020].

17 Vgl. Schwab, Fake News.

der Handlungsfähigkeit, den zur Verfügung stehenden Maßnahmen und den Wirkungen. Der Staat kann die Grenzen schließen und Ausgangssperren verhängen, um die Infektionsketten zu unterbinden. Er kann Krankenhäuser unterstützen oder Unternehmen und Bürgern finanziell unter die Arme greifen. Diese Kongruenz ist räumlich und zeitlich bedingt: Alles geschieht innerhalb der Grenzen des Staatsgebiets, und die getroffenen Maßnahmen entfalten eine rasche, für die Bevölkerung sichtbare Wirkung.

Die Folgen des Klimawandels sind hingegen nur lose mit der Verursachung verknüpft. Sie treten mit zeitlicher Verzögerung und vornehmlich an anderen Orten auf. Dies gilt ebenso für Klimaschutzmaßnahmen. Energetische Gebäudesanierung, Umstellung auf Sonnen-, Wind- und Wasserkraft oder Reduzierung des Autoverkehrs mögen zwar auf lokaler Ebene positive Nebeneffekte wie eine Verringerung von Lärm und Luftschadstoffen haben. Die Klimaschutzwirkung entfaltet sich aber global und in Interdependenz mit anderen Maßnahmen anderer Staaten. Nötig sind internationale Vereinbarungen. Hier kommt es leicht zu einem Konkurrenzverhalten, das in bloße Absichtserklärungen oder gar in eine wechselseitige Blockade mündet.

Doch abgesehen davon, dass der Nationalstaat nicht in der Lage ist, globale Probleme zu bewältigen, wäre es auch nicht wünschenswert, wenn weltweit Klimaschutz im gleichen Stil wie aktuell Gesundheitsschutz betrieben würde: in der Form umfassender Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen mit ihren gewaltigen Folgewirkungen und in einer zunehmenden Regierung per Dekret, d. h. am Parlament vorbei.

Auch für Politiker ist Klimaschutz kein Feld, um sich schnell und umfassend beliebt zu machen. Dies liegt zum einen daran, dass komplizierte – und damit für die öffentliche Darstellung eher langweilige – Detailprobleme zu lösen sind. Zum anderen betrifft der Klimawandel primär andere: Menschen im globalen Süden und die kommenden Generationen. Kostspielige Maßnahmen zugunsten Dritter rufen deutlich weniger Sympathie hervor als Schutz- und Unterstützungsmaßnahmen für die eigene Bevölkerung. Daher ist es für Politiker schwierig, mit Klimaschutz zu punkten, auch wenn sich allmählich das öffentliche Bewusstsein ändert.

Bei der Rolle von Wissenschaftlern bestehen vor allem zwei Unterschiede zwischen Klima- und Coronaforschung. Klimaforschung und Klimaforscher/-innen wurden und werden systematisch von sog. Klimaleugnern diskreditiert. Anfangs geschah dies besonders in den USA und in Australien.¹⁸ Inzwischen versuchen auch in Europa Parteien mit der Behauptung

18 Vgl. Hamilton, Earthmasters.

Politik zu machen, dass sich das Klima gar nicht ändere.¹⁹ Klimaforschung ist damit deutlich politischer als Virologie. Manche, wie z. B. Bruno Latour, sprechen sich daher auch offen dafür aus, die Klimadebatte als eine politische Auseinandersetzung zu führen.²⁰

Der zweite Unterschied besteht darin, dass Forscher/-innen keine Lösung versprechen können. Ihnen bleibt die Rolle als Retter verwehrt. Während die Corona-Erkrankung ein monokausales Geschehen ist und infolgedessen durch Beseitigung der Ursache mittels eines Impfstoffs oder eines Heilmittels geheilt werden kann, verlangt die Bewältigung der Erderwärmung eine grundlegende Umgestaltung der gesellschaftlichen Verhältnisse. Diese Transformation muss von vielen Akteuren gleichzeitig angegangen werden, und sie ist ein langwieriges und kleinteiliges Unterfangen. Insofern bietet sie keine Heldenrolle.

4. Maßnahmen und Handlungsmöglichkeiten

Dass den zentralen Akteuren im einen wie im anderen Fall unterschiedliche Rollen offenstehen, hängt auch damit zusammen, dass sie über je andere Handlungsmöglichkeiten verfügen.

4.1 Die Corona-Pandemie bekämpfen

Zur Bewältigung der Corona-Pandemie stehen dem Staat verschiedene Optionen zur Verfügung, die allesamt erprobt und vergleichsweise einfach umsetzbar sind. Dabei handelt es sich zum einen um Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung, in diesem Fall Regeln für das Betreten des öffentlichen Raums: Schließung von Einrichtungen, Ausgangsbeschränkungen, Versammlungsverbote, Abstandsgebote oder Maskenpflicht. Zum anderen leistet der Staat verschiedene Formen finanzieller und teils auch rechtlicher Unterstützung, etwa Kurzarbeitergeld, Kredite und Bürgschaften für Unternehmen oder einen besonderen Kündigungsschutz für Mieter. Die Inhalte der Maßnahmen mögen spezifisch auf die Pandemie zugeschnitten sein, die Formen hingegen gehören zum Stan-

19 Vgl. Schaller/Carius, Convenient Truth.

20 Vgl. Latour, Kampf um Gaia. – Wie schon oben in Fußnote 9 erläutert, werden die Veränderungen in der öffentlichen Stimmungslage seit Mitte Mai 2020 nicht weiter berücksichtigt.

dardrepertoire staatlichen Handelns. Daher sind sie den staatlichen Organen wie der Bevölkerung wohl vertraut, weshalb die Wahrscheinlichkeit, dass sie abgelehnt werden, eher gering ist. Vor allem aber zeigen die Maßnahmen unmittelbar, d. h. innerhalb weniger Tage oder Wochen, Erfolge, was ihre Akzeptanz erhöht und das Ansehen des Staats sowie der verantwortlichen Politiker steigert.

Neben den staatlichen stehen insbesondere medizinische Maßnahmen im Zentrum der Krisenbewältigung. Sie umfassen die Behandlung der Erkrankten, d. h. die unmittelbare Linderung von Beschwerden, wie auch Ansätze zur grundsätzlichen Lösung des Problems: die Entwicklung eines Impfstoffs bzw. eines Heilmittels.

Alles in allem kann in der Corona-Pandemie gehandelt werden. Für die Umsetzung der Maßnahmen stehen etablierte Vorgehensweisen zur Verfügung. Außerdem sind die Handlungen sichtbar erfolgreich, womit sie die Autorität der Akteure bestärken.

4.2 Das Klima schützen

Die Bewältigung der Herausforderungen, die mit der Erderwärmung einhergehen, wird in der Regel als Klimaschutz bezeichnet. Im wörtlichen Sinn ist das Klima nicht zu schützen. Der Ausdruck „Klima“ beschreibt den physikalischen Zustand der Erdatmosphäre, wie er sich im Durchschnitt eines Zeitraums von dreißig Jahren zeigt. Solange es den Planeten Erde und das Sonnensystem in der bekannten Weise gibt, gibt es auch Klima. Worum es beim Klimaschutz geht, ist die Bewahrung der klimatischen Zustände, wie sie sich seit der letzten Eiszeit vor etwa 12.000 Jahren, also während der erdgeschichtlichen Epoche des Holozäns, entwickelt haben. Diese Verhältnisse waren und sind für die Entwicklung der Menschheit ungewöhnlich günstig, wie ein Blick in die Geschichte zeigt. Der Klimawandel bedroht die eingespielte Beziehung von Mensch und Natur, indem er zentrale Faktoren auf Seiten der Natur verändert. Dadurch wird gegenwärtig und mehr noch in der Zukunft das Wohlergehen zahlloser Menschen gefährdet.²¹

Beim Klimaschutz lassen sich drei Herangehensweisen unterscheiden. Der Ansatz der Mitigation hat das Ziel, die sich beschleunigende Erwärmung zu begrenzen, indem die Ursachen bekämpft werden. Daneben stellt sich die Aufgabe der Adaption, der Anpassung der gesellschaftlichen

21 Über die Auswirkungen auf nichtmenschliche Wesen wäre eigens nachzudenken.

Verhältnisse und Abläufe an die sich infolge des Klimawandels verändernden Umstände. Schließlich wird noch über *climate engineering* nachgedacht, die großtechnische Steuerung des Klimasystems.²²

Klimaschutz im engen und eigentlichen Sinn, d. h. der Ansatz der Mitigation, hat das Ziel, die globalen Treibhausgasemissionen deutlich zu verringern. Dabei sind drei Wege zu kombinieren. Der Umgang mit den natürlichen Gegebenheiten ist erstens konsistent zu gestalten. Alle Formen der Naturnutzung sind in die natürlichen Kreisläufe einzubetten. Es soll also kein bleibender Abfall entstehen, sondern alle in einem Verwertungsprozess nicht direkt nutzbaren Stoffe sollen in anderen (organischen oder technischen) Verwertungskreisläufen weiterverwendet werden können.²³ Dementsprechend soll Kohlendioxid nur in einer solchen Größenordnung emittiert werden, wie es von den natürlichen Vorgängen absorbiert wird. Damit dies gelingen kann, muss zweitens möglichst effizient vorgegangen werden. Der Ressourcen- und Energieverbrauch muss pro Nutzungseinheit weitestgehend minimiert werden. Ergänzt werden diese beiden Ansätze durch den Weg der Suffizienz, eine kulturell und institutionell verankerte Mentalität der Genügsamkeit.

Insbesondere die beiden ersten Wege, also Maßnahmen der Konsistenz und der Effizienz, verlangen internationale Anstrengungen. Der Nationalstaat kann hier gerade nicht seine Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen. Es sind vielmehr umfassende diplomatische Abstimmungen nötig, und zahllose technische Details müssen geklärt werden. All dies ist wenig spektakulär und findet daher nur eine begrenzte mediale Resonanz. Ferner müssen die vielfältigen Schritte aufeinander abgestimmt sein, etwa der Umstieg auf Elektromobilität und die Stromerzeugung aus erneuerbaren Energieträgern. Der Weg der Suffizienz wiederum verlangt einen Kulturwandel. Ein solcher kann gerade nicht per Gesetz angeordnet und nur sehr begrenzt durch Verwaltungshandeln oder mittels Finanztransfers initiiert werden. Nationalstaatliches Handeln vermag mithin nicht seine eigenen Erfolgsbedingungen sicherzustellen. Erschwerend kommt hinzu, dass viele Klimaschutzmaßnahmen dauerhaft in den Alltag eingreifen und die Gesellschaft einschneidend verändern. Dabei werden sie von teils bestehenden, teils neuen Interessen- und Wertkonflikten überlagert,²⁴ beispielsweise von der Auseinandersetzung zwischen verschiedenartigen Verkehrsteil-

22 Vgl. Ostheimer, Planetary stewardship.

23 Vgl. etwa Braungart/McDonough, Intelligente Verschwendung; Dies., Cradle to Cradle.

24 Zur Unterscheidung mehrerer Konfliktdimensionen vgl. Aubert, Interessenkonflikt und Wertkonflikt; Benjamin, Splitting the difference, 12–20; Korff, Gram-

nehmern um den Straßenraum oder von der Kritik von Landschafts- oder Vogelschützern an Windkraftanlagen.

Während die Ansätze zur Bewältigung der Corona-Krise, nämlich die Entwicklung und Verabreichung von Impf- oder Heilmitteln, sich nahtlos in das vertraute Weltbild einfügen und daher von den Bürgern problemlos vorgestellt werden können, ist dies beim Klimaschutz schwieriger. Eine klimakompatible Gesellschaft wird etwas historisch Neuartiges sein, wie beispielsweise die Vorschläge zu einer Postwachstumsgesellschaft zeigen.²⁵ Der Übergang wird nicht gelingen, wenn die zukünftige Gestalt der Gesellschaft schlicht als „Gegenwart plus“²⁶ gedacht wird, als lineare Fortführung aktueller Verhältnisse. Daher schaffen Überlegungen zum Klimaschutz gerade nicht Beruhigung und Sicherheit, sondern neue Ungewissheit, auch wenn in letzter Zeit kommunikativ versucht wird, die positiven Aspekte einer solchen Gesellschaft hervorzuheben.

Die Handlungsstrukturen und Handlungsmöglichkeiten unterscheiden sich also beim Gesundheitsschutz und beim Klimaschutz fundamental. Während die relevanten Akteure bei der Bewältigung der Corona-Krise routiniert handeln können, weil Handlungsweisen, -mittel und -befugnisse zu den Aufgaben passen und diese wiederum zu den Standardaufgaben zählen, stoßen Maßnahmen zum Klimaschutz auf zahlreiche technische und soziale Hindernisse und müssen teils erhebliche zeitliche Verzögerungen und räumliche Verschiebungen berücksichtigen. Die Handlungsmöglichkeiten der einzelnen Akteure sind stark begrenzt. Der Erfolg zeigt sich nicht unmittelbar, was sich wiederum negativ auf die Akzeptanz von Belastungen auswirkt und den relevanten Akteuren kaum Wertschätzung einbringt. Zudem bestehen die entscheidenden Klimaschutzmaßnahmen in einem Umbau der Gesellschaft, der vermutlich für zahlreiche Bevölkerungsgruppen materielle Wohlstandseinbußen bedeutet.

5. Fazit: zwei verschiedene Problemtypen

Die Corona-Pandemie und der Klimanotstand unterscheiden sich in ihrer Struktur: mit Blick auf die Kausalverhältnisse, den zeitlichen Verlauf, die Sichtbarkeit und die emotionale Erschütterung der Bevölkerung, mit Blick

matik der Zustimmung; Hirschman, Wieviel Gemeinsinn braucht die liberale Gesellschaft, 301–303; Bogner, Die Ethisierung von Technikkonflikten, 63–75.

25 Vgl. z. B. Paech, Befreiung vom Überfluss.

26 Altvater/Mahnkopf, Grenzen der Globalisierung, 99.

auf die Akteure und ihre Rollen sowie mit Blick auf die Handlungsmöglichkeiten. Diese drei Faktoren, die hier analytisch unterschieden wurden, hängen zusammen und verstärken sich wechselseitig.

Pandemie und Klimakrise gehören einem je anderen Problemtypus an. Ohne die Covid-19-Erkrankungen zu verharmlosen, kann man diesbezüglich von einem einfach oder ordentlich strukturierten Problem sprechen. Ein solches Problem weist in der Regel folgende Merkmale auf:²⁷

1. Das Ausgangsproblem lässt sich mittels einer kontinuierlichen Kette von (definierten) Zwischenzuständen in den Zielzustand überführen. – Diese drei Größen bilden den sog. Problemraum.
2. Jede Information, die der Problemlöser bezüglich des Problems gewinnen kann, lässt sich in dem Problemraum abbilden. Der Problemraum braucht also im Zuge der Problembearbeitung nicht grundsätzlich verändert zu werden, was ja bedeuten würde, dass das zu bewältigende Problem sich verändert.
3. Die (vorgeschlagenen) Operationen, d. h. Zustandsveränderungen, beachten die jeweils geltenden Regeln – bei Operationen in der externen Welt die Naturgesetze, bei Schach die Schachregeln.
4. Die grundlegenden Operationen sind tatsächlich ausführbar, und die nötigen Informationen sind mit nur begrenztem Suchaufwand erreichbar.
5. Für die Überprüfung und Bewertung von Lösungsansätzen kann auf etablierte Kriterien und Verfahren zurückgegriffen werden.

Auf die Pandemie bezogen zeigen sich diese abstrakt formulierten Merkmale in folgender Weise. Die Kausalverhältnisse sind ebenso eindeutig, wie die zeitliche Dynamik überschaubar und nachvollziehbar ist. Es steht gesellschaftlich fest, wer für welche Lösungshandlungen zuständig ist, die entsprechenden Einrichtungen sind etabliert, und die Handlungsnotwendigkeiten und -möglichkeiten stimmen weitestgehend überein. Medizinisch-pflegerische Fachkräfte in Krankenhäusern und Praxen übernehmen die akute Behandlung der Erkrankten. Wissenschaftler in universitären und privaten Forschungseinrichtungen arbeiten an der Entwicklung von Impf- und Arzneimitteln. Politiker und Mitarbeiter in den zuständigen Behörden entwickeln und vollziehen Maßnahmen zur Sicherung der öffentlichen Gesundheit wie zur Aufrechterhaltung der allgemeinen Versorgungslage. Dementsprechend können die Akteure mit Zustimmung, Anerkennung und Wertschätzung rechnen.

27 Vgl. Simon, Ill Structured Problems, 183; vgl. auch Dörner u. a., Lohhausen.

Der Klimawandel hingegen ist ein schlecht strukturiertes, ein vertracktes Problem. Es lässt sich nicht in vergleichsweise einfache Teilschritte zerlegen, die jeweils für sich handhabbar sind und harmonisch ineinandergreifen. Zeithorizonte überspannen Jahrzehnte und Jahrhunderte. Handlungs- und Wirkungsräume fallen auseinander. Die Auswirkungen des eigenen Handelns werden im Positiven wie im Negativen nicht direkt erlebt. Individuen erfahren sich als ohnmächtig gegenüber institutionellen Akteuren. Lösungsansätze können erhebliche sozioökonomische Folgekosten verursachen. Strukturelle Pfadabhängigkeiten verstellen nicht nur Handlungsmöglichkeiten, sondern behindern vorab die Imagination alternativer Gesellschaftsformen. Zudem bestimmen verschiedene Akteure den Problemraum unterschiedlich. Nicht zuletzt ändert sich im Zuge der Problembearbeitung die Problembestimmung infolge von Lernprozessen, etwa zur Bedeutung der sog. Kippprozesse.

Damit Lösungen funktionieren, müssen sie den jeweiligen Problemtypus beachten. Dieser ist bei der Corona-Pandemie und der Klimakrise verschieden. Wenn daher die aktuelle Gesundheitskrise eine Bedeutung für den dringend erforderlichen Klimaschutz haben soll, dann liegt diese weder im gegenwärtigen Rückgang an Treibhausgasemissionen – denn er ist erstens vergleichsweise gering und zweitens nicht dauerhaft²⁸ – noch in neu entwickelten Verhaltensmustern. Zwar mögen manche Änderungen wie etwa das Ersetzen von Dienstreisen durch Videokonferenzen mit Blick auf den Klimaschutz positiv sein. Doch sie sind in ihrem quantitativen Ausmaß bislang sehr begrenzt. Zudem ändern sie nichts an den Strukturen der Wachstumswirtschaft. Ihre Relevanz liegt eher darin, dass sie zeigen, dass Veränderungen möglich sind. Die größere klimarelevante Wirkung der Pandemie resultiert aus der Schließung unzähliger Betriebe sowie der starken Verringerung des Verkehrs- und Transportaufkommens infolge der teils massiven Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen. Damit wurde der Energieverbrauch in zwei bedeutenden Sektoren deutlich ge-

28 Die Internationale Energieagentur, Global Energy Review 2020 berechnet für das erste Quartal einen Rückgang um 5 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Die Ursachen liegen in den Folgen der Pandemie sowie im milden Winter. Schätzungen zufolge könnten die Emissionen für das ganze Jahr um 8 Prozent niedriger liegen als 2019. Das britische meteorologische Institut geht davon aus, dass der Kohlendioxidanstieg 2020 $2,48 \pm 0,57$ parts per million (ppm) betragen wird, während ursprünglich ein Wert von 2,8 ppm prognostiziert wurde. „Although emissions are reducing this year, this does not mean the build-up of CO₂ in the atmosphere will reverse – it will just be slightly slower [...]. An analogy is filling a bath from a tap – it’s like we are turning down the tap, but because we are not turning off the tap completely, the water level is still rising.“ (Met Office, Coronavirus).

senkt. Diese Regelungen sind indes dauerhaft nicht durchzuhalten und auch ethisch gesehen nur als Notmaßnahme zu rechtfertigen.

Wenn die Pandemie als Chance für den Klimaschutz genutzt werden soll, dann ist der Ansatzpunkt in den Konjunkturprogrammen zu sehen, die gegenwärtig entwickelt werden, um den Unternehmen unter die Arme zu greifen. Sie können und sollten zu einer Umgestaltung der Gesellschaft genutzt werden. Von ihnen können und sollten Impulse zur Förderung einer klimakompatiblen und insgesamt nachhaltigen Gesellschaft ausgehen.

Literatur

- Agamben, Giorgio: Nach Corona: Wir sind nurmehr das nackte Leben, in: Neue Zürcher Zeitung, 18.3.2020; <https://www.nzz.ch/feuilleton/giorgio-agamben-ueber-das-coronavirus> [15.05.2020].
- Altvater, Elmar/Mahnkopf, Birgit: Grenzen der Globalisierung. Ökonomie, Ökologie und Politik in der Weltgesellschaft, Münster: Westfälisches Dampfboot 1999.
- Aubert, Vilhelm: Interessenkonflikt und Wertkonflikt. Zwei Typen des Konflikts und der Konfliktlösung, in: Bühl, Walter (Hg.): Konflikt und Konfliktstrategie. Ansätze zu einer soziologischen Konflikttheorie, München: Nymphenburger Verlagshandlung 1972, 178–205.
- Bandura, Albert: Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change, in: Psychological Review 84/2 (1977) 191–215.
- Benjamin, Martin: Splitting the difference. Compromise and integrity in ethics and politics, Lawrence: Univ. Press of Kansas 1990.
- Berne, Eric: Spiele der Erwachsenen. Psychologie der menschlichen Beziehungen, Reinbek: Rowohlt 1984.
- Bogner, Andreas: Die Ethisierung von Technikkonflikten. Studien zum Geltungswandel des Dissenses, Weilerswist: Velbrück Wiss. 2011.
- Braungart, Michael/McDonough, William: Intelligente Verschwendung. The Upcycle: auf dem Weg in eine neue Überflusgesellschaft, München: Oekom 2013.
- Braungart, Michael/McDonough, William: Cradle to Cradle. Einfach intelligent produzieren, München: Oekom 2013.
- Dörner, Dietrich u. a. (Hg.): Lohhausen. Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität, Bern: Huber 1983.
- Foucault, Michel: Analytik der Macht, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2005.
- Goethe, Johann Wolfgang von: Zum Shakespeare-Tag, in: Goethes Werke. Bd. 12: Kunst und Literatur, hg. v. Erich Trunz und Hans Joachim Schrimpf, München: Beck 1981, 224–227.

- Hagn, Christina/Patschorke, Julia: Vom kleinen Eisbären, dem es zu warm geworden ist, München: Oekom 2020.
- Hamilton, Clive: Earthmasters. Playing God with the climate. Crows Nest: Allen & Unwin 2013.
- Hirschman, Albert: Wieviel Gemeinsinn braucht die liberale Gesellschaft?, in: Leviathan 22 (1994) 293–304.
- Internationale Energieagentur: Global Energy Review 2020. The impacts of the COVID-19 crisis on global energy demand and CO₂ emissions. Flagship report — April 2020; <https://www.iea.org/reports/global-energy-review-2020/global-energy-and-co2-emissions-in-2020#abstract> [15.05.2020].
- Johnson, Boris: PM statement on coronavirus: 17 March 2020; <https://www.gov.uk/government/speeches/pm-statement-on-coronavirus-17-march-2020> [15.05.2020].
- Korff, Wilhelm: „Grammatik der Zustimmung“. Implikationen der Akzeptanzproblematik, in: ders. (Hg.): Die Energiefrage. Entdeckung ihrer ethischen Dimension, Trier: Paulinus 1992, 229–285.
- Latour, Bruno: Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 2007.
- Latour, Bruno: Kampf um Gaia. Acht Vorträge über das Neue Klimaregime, Berlin: Suhrkamp 2017.
- Luhmann, Niklas: Die Wirtschaft der Gesellschaft, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1988.
- Macron, Emmanuel: Adresse aux Français du Président de la République Emmanuel Macron; <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2020/03/16/adresse-aux-francais-covid19> [15.05.2020].
- Met Office: Coronavirus will impact the atmospheric CO₂ record – but not enough to slow global heating; <https://blog.metoffice.gov.uk/2020/05/07/coronavirus-will-impact-the-atmospheric-co2-record-but-not-enough-to-slow-global-heating> [15.05.2020].
- Ostheimer, Jochen: *Planetary stewardship* oder *Playing God*. Klima als globales Gemeingut – *climate engineering* als Gemeinwohlpflicht?, in: Heimbach-Steins, Marianne u. a. (Hg.): Globales Gemeinwohl. Sozialwissenschaftliche und sozialethische Analysen, Paderborn: Schöningh 2020, 273–292.
- Paech, Niko: Befreiung vom Überfluss. Auf dem Weg in die Postwachstumsökonomie, München: Oekom 2013.
- Schaller, Stella/Carius, Alexander: Convenient Truth. Mapping climate agendas of right-wing populist parties in Europe, Berlin: adelphi 2019.
- Serres, Michel: Der Parasit, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1981.
- Schneider, Hella: Mode und Mundschutz. Wie die Gesichtsmaske vom Accessoire zur Notwendigkeit wurde, in: Vogue, 29.4.2020; <https://www.vogue.de/mode/artikel/mundschutz-mode-corona-gesichtsmasken> [15.05.2020].

- Schwab, Frank: „Fake News verbreiten sich wie ein Virus“. Der Medienpsychologe Frank Schwab erklärt, was Falschmeldungen so faszinierend macht – und warum der Virologe Christian Drosten der Gandalf der Nation ist. Ein Interview von Alexander Kühn, in: *Der Spiegel*, 26.3.2020; <https://www.spiegel.de/netzwelt/web/falschmeldungen-in-der-coronakrise-verbreiten-sich-wie-ein-virus-a-d5f18694-8931-4644-bdd9-fb740afe7d07> [07.05.2020].
- Simon, Herbert: The Structure of Ill Structured Problems, in: *Artificial Intelligence* 4 (1973) 181–201.
- Statistik Austria: Statistik des Bevölkerungsstandes; http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=080904 [15.05.2020].

Zweieiige Zwillinge. Corona und die Umweltkrise

Michael Rosenberger

Auf den ersten Blick scheint es eine gute Nachricht: Auf Grund der Corona-Krise und des wochenlangen Shutdown wird Deutschland seine zugesagten Klimaziele für 2020 einhalten. Minus 40 Prozent gegenüber 1990, d.h. 751 statt 1252 Millionen Tonnen CO₂-Äquivalente. Aber so schön es auch sein mag, wenn man verkünden kann, sein Ziel erreicht zu haben, abhaken kann man die große Herausforderung Klimaschutz damit noch lange nicht. Außerdem verfehlen viele andere Länder, unter ihnen Österreich, ihre Klimaschutzziele trotz Corona krachend. 2018 wurden 79 Millionen Tonnen CO₂-Äquivalente emittiert, eine halbe Million Tonnen mehr als 1990 – anstatt wie zugesagt bis 2020 auf 47,8 Millionen Tonnen herunterzukommen.

Hängen Corona-Krise und Klimakrise überhaupt zusammen? Und wenn ja, in welcher Hinsicht? Ein genaueres Hinschauen zeigt, dass das Bild komplex ist. In einem Satz lässt es sich nicht zusammenfassen. Zunächst wird daher der angebliche Entlastungseffekt des Corona-Shutdowns für die Umwelt näher bestimmt. Anschließend sollen Gemeinsamkeiten und Verbindungen zwischen Corona-Krise und Klimakrise analysiert werden. Auf diesem Hintergrund kann gefragt werden, wie weit die während der Corona-Krise neu entdeckten Potenziale moderner Gesellschaften auf die Lösung der Klimakrise übertragbar sind. Eine Rückbesinnung auf mehrere Jahrzehnte der Untätigkeit beim Klimaschutz bereitet schließlich den Boden für die Frage nach wirksamen Präventionsstrategien für beide Krisen.

1. Atmet die Umwelt auf?

Beeindruckend waren in den ersten Wochen der Corona-Krise Satellitenbilder der NASA, der National Aeronautics and Space Administration der Vereinigten Staaten. Sie zeigten, dass der Stickstoffdioxid-Ausstoß beispielsweise im chinesischen Industrie-Dreieck zwischen Beijing, Lanzhou und Shanghai im Februar 2020 fast auf null zurückgegangen ist. Der Stein-

kohleverbrauch ganz Chinas hat sich in dieser Zeit halbiert. Sechs Wochen später hat die NASA von europäischen Ländern wie Frankreich, Spanien, Italien, Österreich und Deutschland ähnliche Bilder gemacht. Überall, wo auf Grund des Coronavirus ein großer Teil des wirtschaftlichen Lebens und des Verkehrs heruntergefahren wurde, kam es innerhalb weniger Tage zu einer enormen Verbesserung der Luftqualität.

Ähnliche Dynamiken ließen sich auch für andere Parameter beobachten: Der Himmel war mit einem Mal frei von den Kondensstreifen der Flugzeuge – eine einzige blaue Fläche bis zum Horizont. Außerhalb der Ballungszentren nahm der Verkehrslärm auf ein Minimum ab – AnwohnerInnen konnten die ungewohnte Stille genießen. Und schließlich eroberten sich viele Wildtiere Lebensräume zurück, die ihnen der Mensch durch Siedlungen und Verkehrswege genommen hatte – und zwar nicht nur die sogenannten Kulturfolger, die gezielt die Nähe des Menschen suchen, weil sie von ihr profitieren, wie beispielsweise Haustauben, Rabenkrähen, Feldhasen, Gartenrotschwänze und Stubenfliegen. Nein, jetzt waren auf einmal Hirsche mitten in London sowie in Städten Sri Lankas und Japans zu sehen, Kojoten in San Francisco, Wildschweine in Haifa, ein Puma in Santiago de Chile, Delfine nur wenige Meter von der Hafenmole in Istanbul entfernt. Die Videos sind nicht mehr zählbar, die auf YouTube solche neuen Begegnungen zwischen Mensch und Tier dokumentieren.

So schön es ist zu sehen, wie schnell sich manche Bereiche der Natur erholen, wenn der Mensch verschwunden ist, so kurzsichtig wäre es jedoch, daraus irgendeine längerfristige Folgerung zu ziehen. Im Gegenteil: Es geht nur um eine winzige Atempause. So schreibt das österreichische Umweltbundesamt in einer Pressemeldung vom 25.03.2020: „Die Maßnahmen zur Bekämpfung des Corona-Virus führen zu deutlichen Änderungen im Ausstoß von Schadstoffen, zum Beispiel durch den geringeren Verkehr. Erste Auswertungen des Umweltbundesamts zeigen einen Rückgang der Schadstoffbelastung an verkehrsnahen und städtischen Messstationen. Auswirkungen auf die Treibhausgase (z.B. Kohlendioxid) in höheren Schichten der Atmosphäre, wie am Sonnblick-Observatorium der ZAMG, sind aber, wenn überhaupt, frühestens in ein paar Monaten festzustellen.“¹ Und da schaut es eher so aus, dass die CO₂-Konzentration in den höheren Luftschichten weiter steigt. So „wurden am Observatorium Mauna Loa in Hawaii neue CO₂-Rekorde aufgestellt. Den Aufzeichnungen zufolge erreichte die durchschnittliche CO₂-Wochenkonzentration in der ersten Mai-Woche einen absoluten Höchstwert. Mit 3. Mai gibt es zudem einen neuen Tages-

1 Umweltbundesamt 2020.

rekord, und das seit Beginn der Erdgeschichte.“² Schließlich sollte man beachten, dass der Ölpreis auf Grund eines überhöhten Angebots Coronabedingt auf ein Rekordtief gesunken ist, aus dem er auf lange Zeit nicht herauskommen wird. Er wird KonsumentInnen und Industrie verführen, die Abkehr vom Öl weiter hinauszuschieben.

Atmet die Umwelt also durch Corona auf? Ja, erheblich. Aber nur für einen kurzen Moment. Für das Klima auf dem Planeten Erde wird dieser Moment keine relevanten Konsequenzen haben. Die dominanten Prozesse einer kohlenstoffbasierten Industriegesellschaft werden nach der Krise sofort wieder aufgenommen werden. In der Wirtschaftswissenschaft spricht man von einem „Nachholeffekt“. Kaum ist die Talsohle durchschritten, holen die wirtschaftlichen AkteurInnen und die KonsumentInnen nach, was sie während der Krise versäumt haben. Der Effekt ist ein „Jetzt-erst-recht“, ein „Weiter-so“ auf höherem Niveau. – Wird das auch diesmal der Fall sein? Oder finden wir Mechanismen, die einen umweltpolitischen und klimafreundlichen Neuanfang stimulieren und ermöglichen? Zum jetzigen Zeitpunkt, zu dem die Krise noch nicht durchschritten ist, steht diese Chance jedenfalls prinzipiell offen.

2. Gemeinsame Charakteristika der Corona- und der Klimakrise

Auf den ersten Blick könnte man denken, Corona-Krise und Klimakrise hätten nicht viel gemeinsam. Während die eine durch molekularbiologische Prozesse bestimmt ist und sich im Bereich der Lebewesen abspielt, wird die andere durch physikalische und chemische Prozesse gesteuert und erstreckt sich ausschließlich auf den Bereich der Lebensräume bzw. des Lebenshauses. Während die eine in Wellen oder Schüben verläuft und irgendwann ausläuft, bis die nächste Pandemie kommt, kennt die andere einen relativ stetigen Anstieg und gönnt dem Menschen praktisch keine Pause. Die „Morphologie“ der beiden Krisen zeigt also Unterschiede wie Fledermaus und Mensch. Aber man täusche sich nicht: Fledermaus und Mensch sind als Säugetiere enger miteinander verwandt und in ihrem Sozialverhalten ähnlicher, als man denken würde.

Wie weit hängen Pandemien und das Klima kausal zusammen? Einen direkten Einfluss einer Pandemie auf das Klima dürfte es kaum geben, wohl aber einen indirekten, wenn eine oder mehrere Pandemien einen nennenswerten Anteil der Menschheit töten würden wie die sogenannte

2 Ruth Hutsteiner 2020.

Justinianische Pest Mitte des 6. Jh., die die Bevölkerung im Römischen Reich für Jahrhunderte von 75 auf 35 Millionen halbierte³. Damals war die Umweltwirkung des Bevölkerungsrückgangs überschaubar. Heute aber, mitten im Anthropozän, dem vom Menschen beherrschten Erdzeitalter, wäre sie enorm. Umgekehrt kann das Klima die Ausbreitung einer Pandemie sehr direkt beeinflussen. UmwelthistorikerInnen vermuten, dass die Justinianische Pest nie den Weg von China in den Mittelmeerraum gefunden hätte, wenn es damals nicht einen dramatischen Klimawandel hin zu kühleren und feuchteren Bedingungen gegeben hätte, hinein in eine zwei Jahrhunderte dauernde kleine Eiszeit⁴. Natürlich, das Pestbakterium ist mit seiner komplexen Übertragungskette (vom wilden Nagetier auf die Hausratte, von der Hausratte auf den Floh und vom Floh auf den Menschen) viel abhängiger von Umweltbedingungen als das Coronavirus. Aber im Moment können wir nicht ausschließen, dass auch das Coronavirus durch bestimmte klimatische oder jahreszeitliche Bedingungen begünstigt wird.

Großen morphologischen Unterschieden zwischen Pandemie und Klima stehen also doch einige Kausalzusammenhänge gegenüber, die die beiden ungleichen Phänomene enger zusammenrücken. Das ist noch mehr der Fall, wenn wir auf die Verbindung beider mit dem Menschen schauen. Beide, das Virus ebenso wie die Klimaerwärmung, sind unsichtbar für den Menschen. Sichtbar werden sie entweder über Symptome (Krankheitssymptome, Gletscherschmelze, Zunahme der trockenen Sommer usw.) oder über Messungen (Körpertemperatur, Antikörper im Blut, PCR-Test des Virus, Klimamessungen). Aber wenn Symptome auftauchen, ist es bereits „fünf vor zwölf“, und wenn Messungen gemacht werden, tun sich viele Menschen schwer, die Ernsthaftigkeit der Bedrohung zu realisieren. Nicht umsonst hält in beiden Fällen ein nicht unerheblicher Anteil der Menschen den Alarm der Fachwissenschaften für übertrieben. Man wirft der Politik vor, dass die KlimaforscherInnen bzw. die VirologInnen regieren würden, nicht mehr die PolitikerInnen.

Dabei haben Corona-Krise und Klimakrise einige gemeinsame anthropogene Ursachen: Die globale menschliche Mobilität ist einerseits der unerlässliche Transporter für Viren und Bakterien rund um den Globus und andererseits eine der größten Quellen von Treibhausgasen. Die Ballung großer Bevölkerungsgruppen auf engstem Raum in Megastädten einschließlich ihrer Armenviertel ist einerseits eine „Virenschleuder“, anderer-

3 Kyle Harper 2020, 31 und 330.

4 Kyle Harper 2020, 36 und 359–372.

seits mit hohem Ressourcenverbrauch und enormen Treibhausgasemissionen verbunden. Würde die Mobilität deutlich zurückgefahren und die weitere Verstädterung gestoppt, könnte das dem Klima gut- und den Viren schlecht tun.

Corona-Krise und Klimakrise haben beide räumlich globale Ausmaße und zeitlich langfristige Dauer. Denn auch wenn eine konkrete Pandemie irgendwann von selbst oder durch menschliches Zutun verschwindet, kommt die nächste bestimmt, solange sich an den Rahmenbedingungen nichts ändert. Mit der Globalisierung hat die Menschheit den Boden für Pandemien ideal bereitet. Den raumzeitlichen Ausmaßen der beiden Krisen entspricht aber auch das Erfordernis, dass zu ihrer Lösung weltweite Solidarität und Kooperation aufgebaut werden – über Generationen hinweg. Mit ein paar marginalen Aktionen ist es nicht getan. Vielmehr geht es um das globale Allmende-Problem: Ein einzelnes Land oder eine einzelne Generation hat mehr davon, wenn sie sich unsolidarisch verhält. Wenn aber alle nur auf den eigenen Vorteil schauen, hat am Ende keiner etwas davon. Eine Schmarotzer-Nation oder -Generation muss also darauf spekulieren, dass alle anderen nicht schmarotzen. Das gilt beim Bestellen von Atemschutzmasken oder Schutzkleidung und beim Entwickeln eines Impfstoffs ebenso wie beim Einsatz für wirksamen Klimaschutz.

Schließlich führen uns beide Krisen sehr deutlich die Verletzbarkeit einer durchrationalisierten Ökonomie vor Augen: Sie legt keine Reserven an, weder an Schutzmasken, Schutzkleidung und Beatmungsplätzen in Krankenhäusern noch an finanziellen Rücklagen in Betrieben oder Familien. Alles ist „auf Kante genäht“. Ein Großteil der Resilienz kommt in solchen Ökonomien vom Sozialstaat, der Unternehmen ebenso wie Einzelpersonen mit gigantischen Finanzspritzen aufhilft (siehe dazu den nächsten Abschnitt). Das kann aber nur ein reicher und gut funktionierender Staat, denn nur ein solcher erhält auf den Finanzmärkten entsprechende Geldmengen auf Kredit. Ärmere Länder sind zu dieser Art der Resilienz nicht in der Lage. Und selbst ein reicher Staat kann mit all seinem Geld nur das kaufen, was auf den Märkten vorhanden ist. Wochenlang waren nicht genügend Beatmungsgeräte und medizinische Schutzmasken verfügbar – und Wochen sind in einer Pandemie eine Ewigkeit.

Die Klimakrise zeigt die Verletzbarkeit der durchrationalisierten Ökonomie auf andere Weise, aber nicht weniger deutlich: So verliert die Landwirtschaft in den letzten Jahren durch die anhaltende Trockenheit einen erheblichen Teil der Ernte. Die Forstwirtschaft erlebt nicht nur das Absterben der Bäume auf Grund von Dürre und Hitze, sondern muss auch noch enorme Wurfschäden durch häufigere Stürme ertragen. Hochwasser und Stürme zerstören Häuser, Industriebetriebe, die Oberleitungen von Bahn-

strecken – immer öfter kommt es in Mitteleuropa zum wetterbedingten Verkehrsstillstand mit allen Folgeschäden, die er mit sich bringt. Nicht ganz zufällig ist der größte Rückversicherer, die Munich Re, einer der größten Kämpfer für mehr Klimaschutz. Denn die versicherten Schäden der Klimaerwärmung sind nicht mehr berechenbar und immer schwerer bezahlbar – von den nicht versicherten Schäden ganz zu schweigen.

Auch wenn wir in den letzten Jahrhunderten das Gegenteil erstrebt und geglaubt haben: Die Natur ist stärker als die Menschheit. Ein winziges Virus, mit bloßem Auge nicht zu sehen, zwingt eine hochtechnisierte Welt in die Knie und sorgt für fast vollständigen Stillstand. Ein paar Moleküle Treibhausgas pro eine Million Teilchen (*parts per million*), scheinbar ein zu vernachlässigender Prozentsatz, lassen die mittlere Temperatur der Erde steigen und steigen und steigen. Die Menschheit steht vor der Herausforderung, ihre Ohnmacht, ihr unaufhebbares Eingebettet-Sein in die Natur und ihre Abhängigkeit von ihr einzugestehen und anzuerkennen. Es wird mit anderen Worten Zeit für eine neue Selbstbescheidung und, ja, auch Demut – Demut im Sinne der lateinischen *humilitas*, des Wissens, ein homo, wörtlich übersetzt ein Erdling, zu sein: vom Humus genommen, vom Humus und seinen Früchten lebend und zum Humus zurückkehrend.

3. Die neue Entdeckung: Wir können mehr, als wir dachten!

Die Corona-Krise hat uns aber nicht nur unsere Grenzen, sondern auch unsere Möglichkeiten aufgezeigt. Zumindest die wohlhabenden Länder haben gigantische Finanzprogramme aufgelegt und mutige politische Schritte gesetzt. Die Zustimmung zu solchen Programmen war fast überall überwältigend hoch. Man muss sich die Ausmaße der Finanzhilfen klar machen: Die Bundesrepublik Deutschland hat allein bis zum 23.4.2020 haushaltswirksame Maßnahmen von insgesamt 353,3 Milliarden Euro und Kreditgarantien von insgesamt 819,7 Milliarden Euro beschlossen. Die Republik Österreich hat bis zum 1.5.2020 haushaltswirksame Maßnahmen von insgesamt 38 Milliarden Euro bewilligt. Und die Europäische Union hat zum selben Zeitpunkt bereits 330 Milliarden Euro Fördermittel zur Bewältigung der Corona-Krise und 100 Milliarden Euro Zuschuss zum Kurzarbeitergeld der Mitgliedsstaaten bereitgestellt. Dazu kommen Kredite von 240 Milliarden Euro für Mitgliedsländer im Europäischen Stabilitätsmechanismus (ESM) und von 200 Milliarden Euro der Europäischen Investment Bank (EIB) für Unternehmen. Nach Ende der Pandemie plant die Europäische Kommission Wiederaufbauhilfen von 1000 Milliarden Euro,

verteilt auf die sieben Jahre des nächsten EU-Rahmenbudgets, das sich damit auf einen Schlag verdoppeln würde.

Um die Dimensionen zu verstehen, ist die Relation zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) und zum üblichen Jahresbudget hilfreich: Österreich investiert als Corona-Soforthilfe bislang ein halbes Jahresbudget (2019 betrug es 79 Milliarden Euro) und rund ein Fünftel des jährlich erwirtschafteten Bruttoinlandsprodukts (2019 betrug es 399 Milliarden Euro). Deutschland investiert als Soforthilfe gegen Corona-Schäden ein ganzes Jahresbudget (2019 betrug es 343 Milliarden Euro) und ein Zehntel des jährlichen Bruttoinlandsprodukts (2019 waren das 3436 Milliarden Euro). Proportional am meisten Geld nimmt die Europäische Union in die Hand, nämlich das Dreifache ihres Jahreshaushalts (2019 betrug er 150 Milliarden Euro) und 3 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts (2019 betrug es nach vorläufigen Schätzungen etwa 16000 Milliarden Euro).

Die wohlhabenden Industrieländer haben also bislang eine enorme finanzielle Resilienz bewiesen. Und das dürfte auch langfristig so bleiben, denn die Staatsanleihen dieser Länder sind trotz Corona-Krise sehr beliebt. Die InvestorInnen sind sich ziemlich sicher, dass die betreffenden Länder ihre Schulden verlässlich zurückzahlen werden. Dass das schon innerhalb der Europäischen Union nicht für alle Länder gilt und außerhalb noch viel weniger, macht allerdings zugleich deutlich, dass die weltweite Völkergemeinschaft über weit weniger Reserven verfügt. Dennoch könnte man vermutlich auch auf globaler Ebene zeigen, dass wir finanziell mehr können, als wir dachten. So hat der Internationale Währungsfonds (IWF) bis zum 14.4.2020 im Rahmen des „Catastrophe Containment and Relief Trust“ für 25 der ärmsten Länder weltweit einen vollständigen Schuldenerlass beschlossen. Das ist zumindest ein Anfang, aus dem mehr werden kann. Denn schon einen Tag später beschlossen die größten 20 Industrienationen (G 20) für die ärmsten Länder ein Aussetzen der Zinszahlungen und Schuldentilgungen bis Ende 2020. Einen kompletten Schuldenerlass stellten sie zumindest in Aussicht. Das Coronavirus bringt Bewegung in die globale Finanzarchitektur, wie sie seit Jahrzehnten unmöglich war.

Was auf der Ebene öffentlicher Finanzmittel zu erkennen ist, zeigt sich noch vielfältiger auf der Ebene zwischenmenschlicher Beziehungen. Die Resilienz vieler Menschen ist höher, als sie gedacht hätten. Natürlich will ich nicht übersehen, dass die Corona-Krise viele menschliche Schäden hinterlässt. Die gestiegene Gewalt in Familien; die völlige Erschöpfung und die psychische Erkrankung vieler Menschen; das Leiden unter Isolation und Kontaktverboten; wachsende Bildungsdefizite bei einem Teil der Kinder und Jugendlichen und viele andere Schäden mehr wird man erst lange nach der Krise im vollen Umfang realisieren. Dennoch mutet es erstaun-

lich an, wie geduldig und teilweise auch kreativ die meisten Menschen das Widrige ertragen haben und wieviel Solidarität entstanden ist. Natürlich, nach den ersten harten Wochen sind viele Kräfte aufgebraucht, der Eifer erlahmt und das Murren angeschwollen. Dennoch sollte man das Gelungene nicht klein reden.

Verglichen mit der Corona-Krise hat der Klimaschutz bisher nur winzige Finanzhäppchen bekommen. Noch wenige Monate vor Corona spotteten viele UmweltschützerInnen über das „Klima-Päckchen“ der deutschen Bundesregierung. Beim Klimaschutz das Äußerste zu investieren, „koste es, was es wolle“, ist bislang trotz der Fridays for Future keine mehrheitsfähige Option. Und den BürgerInnen für den Klimaschutz den einen oder anderen Verzicht abzuverlangen geht erst recht nicht. Offensichtlich muss die Katastrophe erst in vollem Umfang da sein, bis sie zu einschneidenden Maßnahmen führt. Das lässt sich auch für die Pandemien zeigen, wenn wir nun zwei Jahrzehnte zurückschauen.

4. Wir hätten früher hören müssen!

Ehrlicherweise müssen wir nämlich zugeben: Die VirologInnen haben seit vielen Jahren (und mit vermehrter Lautstärke seit der SARS-Epidemie 2002/2003) vor einer bevorstehenden Pandemie mit tödlichen Folgen gewarnt. Immer und immer wieder. Doch hat niemand auf sie gehört. Die Medien nicht, denn sie haben das Thema zwar ab und zu gebracht, aber immer im Kleingedruckten auf den hinteren Seiten und nie auf den Titeln. Die BürgerInnen nicht, denn sie haben es zwar in den Medien gelesen, aber das Ausmaß nicht verstanden oder nicht verstehen wollen. Die Politik nicht, denn sie hat außerhalb des Gesundheitsministeriums über das Szenario einer Pandemie nicht einmal diskutiert. Wie eine unangenehme Belästigung haben alle die Warnungen von sich weggeschoben. Alle.

Doch nehmen wir einmal an, Medien, Politik und Gesellschaft hätten ernsthaft über die Pandemie-Gefahr gesprochen und nach Lösungsansätzen gesucht: Hätten sie die nötigen Maßnahmen dann auch umgesetzt? Dazu muss man bedenken, was diese Lösungsansätze gewesen wären: Eine drastische Reduzierung der Fernreisen, denn weniger Fernreisen bedeuten weniger und sich langsamer ausbreitende Pandemien. Ein Ausbau der europäischen Textilbranche mit anständig bezahltem Personal, weil nur sie Schutzmasken und Schutzkleidung herstellen kann. Die Folge wäre eine erhebliche Verteuerung von Kleidung. Die Sicherung einer europäischen Medikamentenherstellung, weil Europa schon vor Corona viele Medikamente nicht mehr in der nötigen Menge aus den süd- und ostasiati-

schen Herstellerländern bekommen konnte. Folge wäre eine erhebliche Verteuerung der Medikamente, weil in Europa viel höhere Sozial- und Umweltstandards gelten. Die Bereitstellung von mehr Intensivbetten und Beatmungsplätzen in den Krankenhäusern samt dem dazu nötigen Personal – nur für den Fall des Falles. Auch das wäre nicht zum Nulltarif zu haben.

Spätestens an diesem Punkt erinnert die Vor-Corona-Zeit an die Klimaerwärmungs-Diskurse. Die Wissenschaft ist sich fast einstimmig einig, dass die Katastrophe kommen wird. Aber eben nicht morgen, sondern in ein paar Jahren oder Jahrzehnten. Die (westeuropäische) Öffentlichkeit weiß darum und glaubt es auch, ebenso die Politik. Doch geschehen ist von 1990 bis 2020 buchstäblich: Nichts. Die emittierte Treibhausgasmenge ist in Westeuropa incl. Westdeutschland praktisch gleich geblieben. In Osteuropa incl. Ostdeutschland ist sie gefallen – weil das Referenzjahr immer 1989 ist, also das Jahr des Zusammenbruchs der kommunistischen Regime und ihrer noch umweltschädlicheren Industrien. Geschehen ist also trotz besten Wissens nichts – und selbst wenn die VirologInnen so laut geschrien hätten wie die KlimaforscherInnen, wäre das auch bezüglich einer Pandemie so gewesen. Denn es hätte alle BürgerInnen erhebliche Einbußen ihres Konsums und Lebensstandards gekostet. Da stecken sie doch lieber den Kopf in den Sand und hoffen, dass es schon nicht so schlimm wird.

Das Problem im Blick auf die Pandemie sehen wir jetzt. Die Kosten zur Bewältigung der Krise werden um ein Vielfaches höher liegen als jene Kosten, die man bei rechtzeitigem Handeln zur ihrer Verhinderung gebraucht hätte. Alle Personen und Institutionen der westlichen Demokratien haben es mit zu verantworten, dass es jetzt sehr teuer wird. – Bezogen auf die Klimakrise hat das im Jahr 2007 der „Stern-Report“ vorausgesagt⁵, in dem der frühere Chefökonom der Weltbank, Nicholas Stern, warnte: Mit jedem Jahr, das die Staaten der Erde mit einschneidenden Klimaschutzmaßnahmen warten, werden diese teurer, weil sie ihren Verbrauch dann umso schneller und drastischer einschränken müssen. Stern berechnete die Kosten zur Vermeidung einer Tonne CO₂ damals auf etwa 25 US-\$, die Schäden im Falle von *business as usual* hingegen auf 85 US-\$ je Tonne CO₂. Bei sofortigem Handeln im Jahr 2007 hätte der Klimaschutz laut Stern rund ein Prozent des Weltsozialprodukts gekostet. Bei *business as usual* hingegen, und das hat die Völkergemeinschaft bislang praktiziert, fällt das Weltsozialprodukt langfristig um etwa 20 Prozent niedriger aus. Der Treibhaus-

5 Nicholas Stern 2007.

effekt richtet also umso mehr Schaden an, je länger man ihm tatenlos zuschaut.

Um aus der Vergangenheit zu lernen, muss daher zuerst dieses Hemmnis überwunden werden: Das menschliche Streben nach immer mehr, das sich für Warnungen der Fachleute taub stellt. Dieses Streben in die Schranken zu weisen, ist eine Herausforderung für alle. An der Politik liegt es, dafür die nötigen Rahmenbedingungen zu schaffen. – Auf die WissenschaftlerInnen zu hören – das ist seit eineinhalb Jahren die Botschaft der Fridays for Future. Das Coronavirus ist ein massiver Warnschuss, damit endlich ernst zu machen. Aber ohne die Bereitschaft, materielle Ansprüche zu beschränken, wird es nicht gehen.

5. Präventiver Pandemie- und Klimaschutz nach Corona

Was können wir also aus der Corona-Krise lernen, um zukünftig eine bessere Prävention gegen Pandemien und Klimaerwärmung aufzustellen? Schon wenige Tage nach Beginn der Krise wurden in Teilen der Wirtschaft Stimmen laut, die forderten, unmittelbar nach Überwindung der Pandemie Umweltstandards zu reduzieren oder zumindest nicht weiter zu verschärfen sowie die bereits beschlossenen oder international zugesagten Termine für das Erreichen bestimmter Umweltziele auf spätere Zeitpunkte hinauszuschieben. Insbesondere der von der Europäischen Kommission erst kurz zuvor angekündigte „Green Deal“ müsse vorerst auf Eis gelegt werden. Denn zwei Herausforderungen auf einmal könne die Wirtschaft unmöglich bewältigen.

Dem gegenüber fordern viele Umweltorganisationen einen „Klima-Corona-Generationenvertrag“ (Hans-Joachim Schellnhuber) als eine einzige Antwort auf zwei zusammenhängende Krisen. In diesem Sinne hat der Club of Rome zusammen mit über tausend erstunterzeichnenden WissenschaftlerInnen aus allen Ländern der Erde, zu denen auch der Autor dieses Beitrags zählt, am 26.3.2020 einen „Offenen Brief an die globalen Führungspersonen – ein gesunder Planet für gesunde Menschen“ verfasst⁶. Folgende Überlegungen adressiert der Brief an die Mächtigen der Erde: Die Krise zeigt, wie sehr wir voneinander abhängen als eine Menschheit auf einem Planeten. Doch ist es notwendig zu erkennen, dass es eine noch längerfristige und tiefergehende Krise gibt, in die die Pandemie eingebettet ist: Klimawandel und Verlust der Biodiversität sind wie eine Pandemie

6 The Club of Rome 2020.

Krisen, die keine nationalen Grenzen kennen und nur bewältigt werden können, wenn man lange vor ihrem Höhepunkt effektive Maßnahmen setzt. Covid-19 hat gezeigt, dass eine große Transformation über Nacht möglich ist. Damit ist das Virus eine noch nie dagewesene Gelegenheit, jetzt die Abkehr zu vollziehen von einem nicht an die Natur angepassten Wachstum um jeden Preis und einer fossilen Wirtschaft hin zu einem dauerhaften Gleichgewicht zwischen menschlichem Wohlstand und den Belastungsgrenzen des Planeten. Die Unterzeichnenden fordern die politischen Führungen auf, sich umgehend gemeinsam an diese Menschheitsaufgabe zu machen.

Der Grundgedanke, den der offene Brief mit vielen anderen Initiativen dieser Tage teilt, ist es, die Lösung der Corona- und der Klimakrise miteinander zu verbinden anstatt sie gegeneinander auszuspielen. Der ohnehin nötige Wiederaufbau der Wirtschaft birgt die Chance, vom ersten Tag an eine neue Ausrichtung des Wirtschaftens zu fördern. Natürlich wird es dabei wie bei jeder Transformation Gewinner und Verlierer geben. Manche Branchen haben im postfossilen Zeitalter keine große Zukunft. Andere hingegen werden sich zu einer ungeahnten Blüte entwickeln. Die Wandlungsprozesse bringen zweifellos schmerzhaftes mit sich, die es sozialpolitisch abzufedern gilt. Darüber hinaus gilt es, die globalen Märkte neu und fairer zu ordnen. Die Corona-Krise hat gezeigt, dass sich Machtungleichgewichte im Handumdrehen ins Gegenteil verkehren können. Südasiatische Unternehmen, die Schutzmasken bisher zu Dumpingpreisen produzierten, konnten über Nacht horrenden Preissteigerungen durchsetzen. Zu befürchten ist freilich, dass diese nicht ihren unterbezahlten ArbeiterInnen zugutekamen, sondern vom Management in die eigene Tasche gesteckt wurden. Die Nach-Corona-Ordnung der Weltwirtschaft muss also viel entschiedener und mutiger als bisher auf eine umfassende und globale Gerechtigkeit hinwirken. Ökologische und soziale Gerechtigkeit gehören zusammen.

6. Epilog: Naturkrisen sind kein Fatum mehr

Bereits 2017 hat der US-amerikanische Historiker Kyle Harper ein Buch geschrieben, das pünktlich zur Corona-Krise in deutscher Übersetzung erschien: *Fatum. Das Klima und der Untergang des Römischen Reichs*⁷. Der deutsche Untertitel unterschlägt bedauerlicherweise die Hälfte der Bot-

7 Kyle Harper 2020.

schaft. Statt Klima und Pandemie wird nur das Klima für das Ende des Römischen Reichs verantwortlich gemacht. Eine grobe Verkürzung dessen, was Harper zu sagen hat.

Harper zeigt, dass die Bevölkerung im Römischen Reich ihren Höchststand um die Mitte des 2. Jh. n. Chr. hatte und rund 75 Millionen Menschen betrug. Die Lebenserwartung der Bevölkerung im Römischen Reich war dennoch selbst für damalige Verhältnisse außerordentlich niedrig und lag über die Jahrhunderte relativ konstant nur bei 20 bis 30 Jahren, und zwar bei Armen und Reichen gleichermaßen. Das war deutlich weniger als vor und nach der Römerzeit und auch weniger als bei den Nachbarvölkern außerhalb des Römischen Reichs. Dass die Bevölkerung über lange Zeiträume dennoch zunahm, lag einzig an der überdurchschnittlich hohen Geburtenrate im Reich, die seit Kaiser Augustus staatlich gefördert wurde. Außerdem waren die BewohnerInnen des Römischen Reichs kleiner als ihre Nachbarn außerhalb des Reichs.

Woher kamen diese niedrige Lebenserwartung und diese geringe Körpergröße? In der gesamten Zeit des Römischen Reichs gab es nie eine großflächige Lebensmittelknappheit. Im Gegenteil, die Lebensmittelversorgung war fantastisch. Das Reich war zudem geprägt von einer einzigartigen Urbanisierung – es gab über tausend Städte, darunter Dutzende mit über hunderttausend EinwohnerInnen. In den Städten lebten rund 20 Prozent der Menschen, also 15 Millionen. Eine vergleichbare Blüte der Gesellschaft gab es bis zur Neuzeit nicht mehr. Schlüssel dafür waren einerseits der systematische Einsatz der neuesten Technologien (die die Römer kaum selbst entwickelten, sondern aus anderen Kulturen übernahmen und flächendeckend verbreiteten) und andererseits der globale Handel (mit einem Netz von Banken und einem ausgeklügelten Geldsystem, mit hochentwickelter Transportinfrastruktur und großen städtischen Einkaufszentren; ein kritischer Reflex darauf findet sich in Offb 18,11-13).

Um 650 n. Chr. war die Bevölkerung des Mittelmeerraums jedoch von 75 Millionen auf die Hälfte geschrumpft, Rom selbst von einer Million auf zwanzigtausend EinwohnerInnen. Es ist der größte einzelne Rückfall der Bevölkerungszahlen in der gesamten Menschheitsgeschichte. Bisher nahm die Geschichtswissenschaft an, dass er der „spätromischen Dekadenz“ (Guido Westerwelle) geschuldet sei. Man dachte, die ökologischen Rahmenbedingungen seien in dieser Epoche konstant gewesen – ein folgenreicher Irrtum. Denn die umwelthistorischen Erkenntnisse der letzten Jahrzehnte zeichnen ein völlig anderes Bild:

- Das Klima befand sich von 200 v. Chr. bis 150 n. Chr. im sogenannten „Römischen Klimaoptimum (RCO)“: Es war mit außerordentlicher

Konstanz warm und feucht. Auf eine sehr wechselhafte Übergangsperiode von 150 bis 450 n. Chr. folgte dann von 450 bis 700 n. Chr. die sogenannte spätantike kleine Eiszeit. Es handelte sich um die kälteste Zeitspanne des gesamten Holozäns, also der letzten 12.000 Jahre. Auf die klimatisch günstigste Epoche der letzten Jahrtausende folgte also (damals noch ohne Zutun des Menschen) die klimatisch ungünstigste.

- Das sich verschlechternde Klima wurde begleitet von einer Häufung pandemischer Infektionskrankheiten, die in der römischen Kultur ideale Verbreitungsbedingungen vorfanden: Auf vielbefahrenen Handelsrouten von China über Indien nach Rom konnten sich die Erreger wunderbar ausbreiten – und sie kamen schon damals meistens aus China. Waren die Erreger im Römischen Reich angekommen, bildeten dessen dicht bevölkerten Städte optimale Infektionsherde. Schließlich trug die systematische Rodung der Wälder im gesamten Mittelmeerraum das Ihre bei, weil offene Flächen den Überträgerinsekten wie Anopheles (für Malaria) oder Floh (für das Pestbakterium) perfekte Bedingungen bieten. So zählt man heute drei Pandemien: 161 bis 166 die „Antoninische Pest“ (benannt nach dem zu Beginn regierenden Kaiser Antoninus Pius, mit ziemlicher Sicherheit eine Pocken-Pandemie) mit über sieben Millionen Toten, ab 249 die „Cyprianische Pest“ (benannt nach Bischof Cyprian von Karthago, sehr wahrscheinlich eine Ebola-Pandemie) mit zwanzig bis dreißig Millionen Toten und ab 541 die „Justinianische Pest“ (benannt nach dem oströmischen Kaiser Justinian, eine klassische Beulenpest) mit mindestens 35 Millionen Toten.

Der Zerfall des Römischen Reichs ist also, so Harpers Kernthese, keine Folge „spätömischer Dekadenz“, sondern immer größerer ökologischer Belastungen, aus denen das Reich zunächst jeweils mit einer Reorganisation hervorgeht (was seine hohe Resilienz beweist), von denen es aber langfristig immer stärker erodiert wird und schließlich zerfällt. Pandemien und Klimaveränderungen sind zweieiige Zwillinge, die bei all ihrer Verschiedenheit den Menschen gehörig in die Schranken weisen. Harpers Buch macht damit klar: Der „Triumph“ der Menschheit im 21. Jh. steht auf tönernen Füßen. Von geschätzt einer Billion Mikrobenarten haben nur 1.400 Krankheitspotenzial für den Menschen – die anderen sind harmlos oder sogar nützlich. Aber die globalisierte Welt mit ihrer extrem gestiegenen Mobilität, den riesigen Ballungsräumen und obendrein noch der anthropogenen Klimaerwärmung macht die 1.400 brandgefährlich. Wir sind den Römern näher, als wir denken.

Literatur

- Harper, Kyle: *Fatum. Das Klima und der Untergang des Römischen Reichs*, München: Beck 2020; englisch: *The Fate of Rome. Climate, Disease and the End of an Empire*, Princeton: Princeton University Press 2017.
- Hutsteiner, Ruth: CO₂-Rekorde trotz weltweiten „Lock-downs“, in: <https://science.orf.at/stories/3200733/> [11.05.2020].
- Stern, Nicholas: *Stern Review on the Economics of Climate Change*, Cambridge: Cambridge University Press 2007.
- The Club of Rome: Open Letter to Global Leaders – A Healthy Planet for Healthy People, in: <https://clubofrome.org/impact-hubs/climate-emergency/open-letter-to-global-leaders-a-healthy-planet-for-healthy-people/> [11.05.2020].
- Umweltbundesamt: Corona und die Auswirkungen auf die Luftqualität, in: https://www.umweltbundesamt.at/aktuell/presse/lastnews/news2020/news_200325/ [11.05.2020].

Zwischen übersteigerter und fehlender Solidarität. Die Covid-19-Pandemie aus biopolitischer Perspektive nach Foucault

Willibald J. Stronegger

« Desormais, la sécurité est au-dessus des lois »
Michel Foucault, 1977¹

1. Einleitung

In einer Zeit ohne metaphysische Realitäten und Begriffe treten bedrohliche Epidemien nicht mehr als Konsequenz für kollektiv begangene Verfehlungen, den Bruch alter Rechte oder die Missachtung eines göttlichen Willens in Erscheinung. Es begleitet sie kein ritualisiertes Beziehungsgeschehen, sie folgen nicht auf eine kollektive Untreue zu einem verborgenen Gott oder Seinsgrund. Sie sind heute eine ausschließlich bio-psycho-soziale Bedrohung, die nach effektiven und effizienten bio-psycho-sozialen Maßnahmen auf wissenschaftlicher Grundlage verlangt. Die Covid-19-Pandemie trifft im Jahre 2020 auf Gesellschaften, für die gefährliche Pandemien keine historische, regelmäßig wiederkehrende Normalität mehr sind, wie sie es bis zu den Weltkriegen auch in den Industrienationen waren. Seither haben die modernen Staaten eine biopolitische Transformation (im Sinne Michel Foucaults Konzept) erfahren, welche die Frage nach dem politischen Umgang mit Pandemien neu aufwirft – nämlich gerade die Frage nach der Rolle biopolitischer Rationalität im staatlichen Verhalten angesichts hygienischer Massenbedrohungen der Art, wie es die Covid-19-Pandemie des Jahres 2020 ist.

Der Beitrag stellt die These vor, dass natürliche Massenbedrohungen den Anlass zu einer Verstärkung bzw. Beschleunigung jenes biopolitischen Transformationsprozesses geben können, in welchem sich die Industriegesellschaften insbesondere seit dem 18. Jahrhundert nach den Analysen des

1 Dt.: „Von nun an steht die Sicherheit über den Gesetzen“; Foucault, Dits, 366.

französischen Philosophen Michel Foucault befinden.² Diese Verstärkung betrifft zwei auf den ersten Blick konträre Ansatzpunkte und Wirkungen. Der erste Punkt betrifft die verstärkte Legitimierung und Umsetzung von Umverteilungs- und Solidaritätsmaßnahmen, der zweite eine gesteigerte Entsolidarisierung gegenüber vulnerablen und alten Bevölkerungsteilen. Es kommt nach der im Folgenden vorgestellten These potentiell zur verstärkten Ausbildung einer bestimmten Form von Humanität bzw. Solidarität, die für (idealtypische) biopolitische Staaten charakteristisch ist, bei möglicherweise gleichzeitigem Abbau von Schutz für die Gefährdetsten, gemäß der Foucault'schen Formel der Biopolitik als „Lebenmachen und Sterbenlassen“ (*le droit de faire vivre et de laisser mourir*).³ Beide Effekte sind im Grunde einfach die durch die Gunst der Stunde genützte verstärkte Anwendung bestehender biopolitischer (bzw. gouvernementaler) Haupttaktiken der staatlich-institutionellen Transformationen. Um den Argumentationskreis zu schließen, beginnt der Beitrag mit einer Skizze dessen, worin die biopolitische Transformation der Gesellschaft besteht, gefolgt von einer kurzen Darstellung ihrer Haupttaktiken und -techniken, deren ursprüngliche Legitimation auch in biologischen Bedrohungen der Bevölkerung zu verorten ist.

2. ... *d'augmenter leur santé*:⁴ Die Transformation des Individuums und des Staates

„Wir leben im Zeitalter der Gouvernementalität,
die im 18. Jahrhundert entdeckt wurde.“⁵

Michel Foucault, 1978

Michel Foucault hat in seinen bekannten Machtanalysen der 1970er Jahre die Transformation der institutionellen und öffentlich-staatlichen Strukturen und der Regierungstechniken seit dem 17. Jahrhundert als Ausdruck einer Biomacht (*bio-pouvoir*) bzw. Biopolitik (*bio-politique*) gedeutet, als ein umfassendes Phänomen, welches in einer „allgemeinen Medikalisierung des Daseins“ besteht:

2 Vgl. Stronegger, Legitimität.

3 Foucault, *Société*, 214.

4 Dt.: „... ihre Gesundheit zu mehren“; Foucault, *Sicherheit*, 158.

5 Foucault, *Sicherheit*, 164.

Ganz schematisch könnte ich sagen, das große Problem der abendländischen Gesellschaften vom Mittelalter bis ins 18. Jahrhundert war das Recht, das Gesetz, die legitime und gesetzliche Herrschaft. In all den politischen Kämpfen, die Europa bis ins 19. Jahrhundert erschütterten, bemühte man sich, eine Gesellschaft des Rechts zu schaffen und die Rechte des Einzelnen zu sichern. Und genau in dem Moment als man glaubte, als z.B. die französischen Revolutionäre glaubten, eine Gesellschaft des Rechts verwirklicht zu haben, da geschah etwas anderes: etwas, das zum Eintritt in eine Gesellschaft der Norm, der Gesundheit, der Medizin, der Normalisierung führte, welche jetzt die wesentliche Funktionsweise ist. Und genau diesen Vorgang habe ich zu analysieren versucht.⁶

Im Rahmen seiner Machtanalysen bringt er in einem Gespräch eine Beobachtung zur Sprache, die zur Skepsis gegenüber dem Funktionieren der modernen Normalisierungsgesellschaften Anlass gibt:

Genau zu dem Zeitpunkt, als der Staat seine größten Massaker in Angriff nahm, begann er auch, sich um die körperliche und geistige Gesundheit des Einzelnen zu sorgen. [...] Dieses Spiel zwischen dem Leben und dem Tod ist eine der Hauptparadoxien des modernen Staates.⁷

Die Überlegungen zur Biopolitik entwickelte Foucault über einen längeren Zeitraum, auch wenn er diesen Begriff erst in den Jahren 1975/76 einführte und verwendete. Die Ursprünge des Konzepts liegen in seinen früheren Arbeiten, insbesondere im Werk *Überwachen und Strafen*, und in den Analysen zu den politischen Reglements im Zusammenhang mit den großen historischen Epidemien wie Lepra, Pest und Pocken. Mit der Einführung des Begriffs der Biopolitik entsteht ein eigenständiges, d. h. von konkreten epidemiologischen Ereignissen unabhängiges Konzept zur Macht- und Regierungspraxis moderner Staaten, das jedoch einer Weiterentwicklung unterlag, vor allem durch die fortschreitende Einbeziehung der historischen Entwicklung der politischen Systeme in der Neuzeit. Zuletzt, in seinen Analysen liberaler Regierungsrationalitäten und des *homo oeconomicus*, verliert der Begriff der Biopolitik in seinen Arbeiten an Bedeutung

6 Foucault 1977 in einem Gespräch mit M. Osorio über das „medizinische Denken“; Foucault, Dits, 373 u. Schriften, 483.

7 Foucault, Dits, 802. Foucault nimmt in diesem Zusammenhang Bezug auf die Napoleonischen Kriege und die Errichtung des Sozialismus in der Sowjetunion und in China.

und geht in jenem der sogenannten „gouvernementalen Vernunft“⁸ auf: „Wenn man also verstanden hat, was dieses Regierungssystem ist, das Liberalismus genannt wird, dann, so scheint mir, wird man auch begreifen können, was die Biopolitik ist“.⁹

Was ist bei Foucault die „gouvernementale Vernunft“, die Gouvernementalität? Sie tritt in den sozialen und politischen Veränderungen des 18. Jahrhunderts in Erscheinung, im „Übergang von einem Regime, das durch die Strukturen der Souveränität beherrscht ist, zu einem Regime, das durch die Techniken des Regierens beherrscht ist [...]“, und der Übergang tritt „im Kontext der Bevölkerung ein und folglich im Kontext der Geburt der politischen Ökonomie“,¹⁰ denn die Bevölkerung als natürliche Gegebenheit (d.h. nicht als eine Menge juridischer Subjekte, sondern als natürliche Entität, die statistisch vermessen wird), tritt „als der höchste Zweck der Regierung zutage“. Was aber, so fragt Foucault weiter, mag nun im Grunde genommen der Zweck dieser Regierung der Bevölkerung sein? „Sicherlich nicht zu regieren, sondern das Geschick der Bevölkerungen zu verbessern, ihre Reichtümer, ihre Lebensdauer, ihre Gesundheit zu mehren. [...] Eher als die Macht des Souveräns erscheint die Bevölkerung also als Ziel und Instrument der Regierung.“¹¹

Auf welche Weise funktioniert eine Regierung der Bevölkerung, die es also nicht primär mit Rechtssubjekten als ihren Zielobjekten zu tun hat, sondern mit den „natürlichen“ Zuständen der Menschen und ihrer bevölkerungsmäßigen Anhäufung? Ansatzpunkt einer solchen Regierung ist das „Interesse“: „Das Interesse als Bewusstsein jedes einzelnen Individuums, das mit den übrigen die Bevölkerung bildet, und das Interesse als Interesse der Bevölkerung [...] sind die Zielscheibe und das Hauptinstrument der Regierung der Bevölkerungen. Die Geburt einer Kunst oder jedenfalls die Geburt völlig neuer Taktiken und Techniken“.¹² Diese Regierungstechniken der Bevölkerung erfordern zur rationalen Ausübung die Bildung eines neuartigen Wissens über alle die Vorgänge, die im realen Leben in den Be-

8 Der Begriff Gouvernementalität ist die deutsche Form des frz. „gouvernementalité“, letzteres abgeleitet aus „gouvernemental“ (wie „spatialité“ aus „spatial“); vgl. Foucault, Geburt, 482. Der Begriff dient bei seiner Einführung in der 4. Sitzung der Vorlesung 1978 dazu, „das im 18. Jahrhundert installierte Machtsystem zu benennen, das ,als Hauptzielscheibe die Bevölkerung, als wichtigste Wissensform die politische Ökonomie und als wesentliches technisches Instrument die Sicherheitsdispositive hat“, Foucault, Geburt, 482.

9 Foucault, Geburt, 43.

10 Foucault, Sicherheit, 159.

11 Foucault Sicherheit, 158.

12 Foucault, Sicherheit, 158 f.

völkerungen ablaufen: „nämlich über genau das, was man ‚Ökonomie‘ nennt“.¹³ Mit dem Auftreten der Bevölkerung als eines neuen Subjekts (und Objekts) hatte sich die „politische Ökonomie“ als neue Wissenschaft bilden können, zugleich mit „dem Feld der Ökonomie und der Bevölkerung“ als des neuen Interventionsbereichs des Regierens.

Einen Staat zu regieren wird also heißen, die Ökonomie anzuwenden, eine Ökonomie auf der Ebene des Staates als Ganzem, das heißt, man wird, was die Einwohner, die Reichtümer, das Verhalten aller und jedes einzelnen betrifft, eine Form von Überwachung und Kontrolle ausüben, die nicht weniger aufmerksam ist als die des Familienvaters über die Hausgemeinschaft und ihre Güter.¹⁴

Die ubiquitäre Überwachung und Kontrolle des Individuums entspringt bei Foucault einer auf den Einzelnen gerichteten Regierungstechnologie, welche er in Bezugnahme auf ihren Ursprung in den Seelsorgetechniken der christlichen Kirchen als *christliches Pastorat* oder *Pastoralmacht* bezeichnete. Die Hauptfunktion des *Pastorats* ist es, so wie ein „guter Hirte“, denen, „über die man wacht, Gutes zu tun“. Der Zweck dieser Form der Macht liegt darin, „die Individuen zu zwingen, ihre Arbeitsleistung, ihre Kräfte, ihre Fähigkeiten zu steigern, kurz, alles das zu erhöhen, was für ihre Verwendung im Produktionsapparat der Gesellschaft notwendig war“.¹⁵ Anders als im juristischen Denken, das mit den Kategorien des Erlaubten, Verbotenen, und dem Instrument der Strafe arbeitet, geht es hier um die Unterscheidung von „normal“ und „anomal“ und um „Besserungsinstrumente“ (*moyens de correction*) zur „Transformation des Individuums“ und um „eine damit in Verbindung stehende ganze Technologie menschlichen Verhaltens.“¹⁶ Neben der Bevölkerung und der wissenschaftlichen Abbildung ihrer kollektiven Eigenschaften mittels Statistiken und Indikatoren entsteht zusätzlich der komplementäre Pol eines „personalisierten“ Wissens auf der Ebene des Einzelnen und seiner Fähigkeiten bzw. „Capabilities“.¹⁷

13 Foucault, Sicherheit, 159.

14 Foucault, Sicherheit, 144.

15 Foucault, Schriften, 716.

16 Foucault, Dits, 374.

17 Charakteristisch ist das „transformierte“ Selbstverständnis des modernen Menschen, das nicht mehr über Bindungen und Zugehörigkeiten geht, sondern über seine „Kompetenzen“ und „Capabilities“, siehe z.B. der *Capability-Approach* M. Nussbaums. Vgl. Nussbaum, Creating capabilities.

Mit der Medikalisierung, der Normalisierung erhalten Sie gleichsam eine Hierarchie von Individuen mit mehr oder weniger großen Fähigkeiten. Der eine entspricht einer bestimmten Norm, der andere weicht davon ab; den einen kann man bessern, den anderen nicht; den einen kann man mit einem bestimmten Mittel bessern, beim anderen muss man andere Mittel einsetzen. Diese Einordnung der Individuen nach dem Grad ihrer Normalität ist meines Erachtens eines der großen Machtinstrumente der heutigen Gesellschaft [...] nach dem Grad der Produktivität im weitesten Sinne.¹⁸

Foucault bezeichnet das Dreieck von Regierung, Bevölkerung und politischer Ökonomie, das eine seit dem 18. Jahrhundert andauernde Verbindung realisiert, „die auch heute noch nicht aufgelöst ist“¹⁹, als „Gouvernementalität“. Diese ist zugleich Vorgang wie Ergebnis des Vorgangs, „durch den der mittelalterliche Staat der Gerichtsbarkeit, der im 15. und 16. Jahrhundert zum Verwaltungsstaat wurde, sich nach und nach ‚gouvernementalisiert‘ hat“.²⁰ „Das, was es für unsere Modernität, das heißt für unsere Aktualität an Wichtigem gibt, ist also nicht die Verstaatlichung der Gesellschaft, sondern das, was ich eher die ‚Gouvernementalisierung‘ des Staates nennen würde“.²¹ Es handelt sich hier für Foucault um einen fundamentalen Umbruch in der Ordnung der neuzeitlichen Gesellschaften, wie er ihn schon zuvor für das Erscheinen der Biopolitik diagnostizierte.

2.1 *Si Dieu n'existe pas ...*²² *Die Achillesferse des gouvernementalen Staates*

Zeitgleich mit dem Umbruch zur Gouvernentalisierung des Staates stellt sich ein Problem mit neuer und besonderer Schärfe: das Problem der Souveränität, d.h. die Frage, „welche juristische Form, welche institutionelle Form, welche Rechtsgrundlage man der Souveränität, die einen Staat charakterisiert, würde geben können“.²³ Nochmals deutlicher formuliert: Wie kann Herrschaft, politische Autorität, wie können Recht und Gesetz legitimiert werden, wenn es kein ideelles oder metaphysisches Prinzip gibt, wenn alles nur „natürlich“ im modernen naturwissenschaftlichen

18 Foucault, Dits, 374f, u. Schriften, 485.

19 Foucault, Sicherheit, 162.

20 Foucault, Sicherheit, 163.

21 Foucault, Sicherheit, 163.

22 Dt. „Wenn Gott nicht existiert ...“; Foucault, Sicherheit, 355.

23 Foucault, Sicherheit, 160.

Verständnis ist, die Menschen, die Bevölkerung, die Regierung, sowie auch die Natur selbst. „Entfernen Sie Gott aus dem System, und wenn Sie den Leuten sagen, dass man gehorchen muss und dass man einer Regierung gehorchen muss, in wessen Namen muss man dann gehorchen? Kein Gott mehr, keine Gesetze mehr. Kein Gott mehr, keine Verpflichtungen mehr. Und es gibt jemanden, der hat gesagt: ‚Wenn Gott nicht existiert, ist alles erlaubt‘. Dieser Jemand ist nicht derjenige, den Sie meinen. Es ist Hochwürden Contzen im *Politicorum libri decem*, im *Livre des politiques*, der von 1620 datiert [...]“.²⁴

Eine rein naturalistische, d.h. säkulare Gesellschaftsordnung kann gewiss vorläufig vom geliehenen normativen Kapital übernommener (oder überkommener) Traditionen leben. Nach dem Böckenförde-Diktum der Staatsrechtslehre ist es fraglich, ob der säkulare Staat aus sich die Voraussetzungen herstellen kann, die ihn legitimieren und seine ihn tragende Freiheitlichkeit verbürgen können.

Bis zum 19. Jahrhundert war ja, in einer zunächst sakral, dann religiös gedeuteten Welt die Religion immer die tiefste Bindungskraft für die politische Ordnung und das staatliche Leben gewesen. Lässt sich Sittlichkeit innerweltlich, säkular begründen und erhalten, kann der Staat sich auf eine 'natürliche Moral' erbauen? Wenn nicht, kann er – unabhängig von dem allen – aus der Erfüllung der eudämonistischen Lebenserwartung seiner Bürger leben? Diese Fragen führen zurück auf eine tieferliegende, prinzipielle Frage: Wieweit können staatlich geeinte Völker allein aus der Gewährleistung der Freiheit des einzelnen leben ohne ein einigendes Band, das dieser Freiheit vorausliegt?²⁵

Die Antwort des gouvernementalisierten Staates besteht nun exakt in der von Böckenförde angesprochenen Alternative, nämlich die „Erfüllung der eudämonistischen Lebenserwartung seiner Bürger“ zur Staatsaufgabe und zum höchsten gesellschaftlichen Ziel zu machen, und genau diesen Zwecken dienen die neuen Regierungstechniken. Zu diesen gouvernementalen Techniken gehören einerseits die auf das Individuum orientierte *Pastoral-macht* und andererseits die bevölkerungsbezogenen Verwaltungs- und Regierungstechniken der *Policey*²⁶, die sich im 17. und 18. Jahrhundert, im

24 Foucault, Sicherheit, 355. Foucault nimmt Bezug auf den deutschen Jesuiten Adam Contzen (1571–1635) und sein zur Zeit des Dreissigjährigen Krieges erschienen Hauptwerk.

25 Böckenförde, Entstehung, 59.

26 Die alte Orthografie wird verwendet, um den Begriff vom heutigen Verständnis des Begriffs Polizei erkennbar zu unterscheiden.

frühmodernen merkantilistischen Verwaltungs- und Wirtschaftsstaat, in den *Policeywissenschaften* als einer Frühform biopolitischer Rationalität konkretisierten:

Die Polizei ist die Gesamtheit der Interventionen und Mittel, die sicherstellen, dass das Leben, das Etwas-mehr-als-nur-leben, das Zusammenleben tatsächlich zur Bildung und Steigerung der Kräfte des Staates nützlich sein wird. Wir haben also mit der Polizei einen Kreis, der im Ausgang vom Staat als rationale und berechnete Interventionsmacht über die Individuen zum Staat als Gesamtheit wachsender oder zu steigernder Kräfte zurückkehrt. Aber wodurch wird dieser Kreis hindurchgehen? [...] Der Kreis wird durch das Leben der Individuen hindurchgehen, aber wird auch durch ihr Etwas-mehr-als-nur-leben hindurchgehen, durch ihr Mehr-als-leben hindurchgehen, d.h. durch das, was man zu jener Zeit die Bequemlichkeit der Menschen, ihre Annehmlichkeit, oder auch ihre Glückseligkeit nennt [...] aus dem Glück der Menschen soll der Nutzen für den Staat entstehen [...] Man findet beispielsweise bei Delamare die Behauptung, dass der einzige Gegenstand der Polizei ‚darin besteht, den Menschen zur vollkommensten Glückseligkeit zu führen, die er in diesem Leben genießen kann‘ [...]. Alles, was von der bloßen Existenz zum Wohlbefinden [orig. *bien-être*] führt, alles, was zur Herstellung dieses Wohlbefindens über die bloße Existenz hinaus dient, und zwar auf solche Art und Weise, dass das Wohl der Individuen die Kraft des Staates ist, das scheint mir das Ziel der Polizei zu sein.²⁷

Neben der bevölkerungsorientierten verwaltungstechnischen Seite, der *Policey*, ist die zweite, gewissermaßen subjektiv-individuelle Seite der Biopolitik, die Minderung des Leidens und die Steigerung des individuellen Wohlbefindens (*bien-être*), heute oft in die Begriffe *Well-being* oder Lebensqualität gefasst. Dieses „höchste Gut“ (das *summum bonum*) des gouvernementalen Staates ist etwas völlig anderes als jenes in der alten metaphysischen Tradition angestrebte, wie Foucault anmerkt: „Das ‚Gut‘, das in der Definition der Regierung beim Hl. Thomas gemeint war (man soll es so einrichten, dass die Menschen sich wohl verhalten, um Zugang zum höchsten Gut zu erlangen), ändert seinen Sinn vollständig“²⁸. Heute wäre wohl „bio-psycho-soziales Wohlbefinden“ (analog zur Gesundheitsdefiniti-

27 Foucault, *Sicherheit*, 469 f. U.a. hier wird deutlich, dass als „Leben“ in der Biopolitik Foucaults kein „nacktes Leben“ verstanden wird, wie zuweilen behauptet.

28 Foucault, *Sicherheit*, 472.

on der WHO) die passende Bezeichnung für dieses angestrebte Glück naturalistischer Provenienz als vollendeter Ausdruck eines „Lebens in naturalistischer Fülle“. Übertragen auf die gesellschaftliche Ebene handelt es sich um einen Kampf im Namen der „Glückseligkeit im Sinne eines naturalistisch gedachten Wohlbefindens, Förderung des Glücks im Hinblick auf soziale Wohlfahrt, Glück als die jeweils erreichbare größtmögliche Bedürfnisbefriedigung“²⁹. Dieser sogenannte *Sozial- bzw. Masseneudämonismus* „prägt die Wertorientierung des modernen Menschen. Mit Nachdruck verlangt die Förderung der Wohlfahrt aller nach normativer Geltung und drängt auf Verwirklichung“³⁰, gerade auch auf der strukturellen Ebene des Staates und der Regierungstechniken. Die Aufgabe des naturalistischen Wohlfahrtsstaates ist die „Idee der Minderung des Leidens und der Stärkung der Wohlfahrt, das Prinzip des größten Glücks der größten Zahl“ (vgl. die utilitaristischen Konzepte von Jeremy Bentham und John Stuart Mill). Glückszuwachs muss quantifizierbar sein für eine gerechte, d.h. berechnete und geplante Vermittlung der Glücksgüter durch den Staat: „Bentham konstruiert einen Staat, der als Verteiler von Glücksquanten fungiert.“³¹ Die Entgrenzung der naturalistischen Optimierung realisiert sich jedoch nur über die vollständige Vermessung und Kontrolle des Einzelnen und der Bevölkerungen, über die vollständige Technisierung der sozialen Welt mittels einer umfassenden „Quantifizierung des Sozialen“³².

2.2 „*Bien-être*“: Die *raison d'être* des gesellschaftlichen Zusammenhalts im gouvernementalen Staat

Die Bestimmung des Menschen scheint in diesem biopolitischen Verständnis in der irdischen Glückseligkeit eines Lebens ohne Leid und Krankheit zu liegen, und alles Sozialgefüge und staatliche Unterfangen habe die Herstellung dieses Glücks als Wohlfahrt aller zur Aufgabe. Diese Auffassung begründet zugleich einen den modernen Staat leitenden, historisch neuen Begriff von Humanität:

Es scheint, dass heute die Ausrichtung auf das Glück im Sinne der Wohlfahrt aller als Inbegriff und Kriterium der Humanität auftritt. Das Prinzip des größten Glücks der größten Zahl wird zum letztgülti-

29 Delikostantis, Humanitarismus, 5.

30 Delikostantis, Humanitarismus, 6.

31 Schulz, Philosophie, 747.

32 Vgl. Mau, Das metrische Wir.

gen Maßstab humanen Handelns erhoben. Allein die Orientierung an der allgemeinen Wohlfahrt scheint die Gesellschaft als eine humane zu qualifizieren.³³

„Was bleibt, ist hier das ‚Naturwesen‘ Mensch, die ‚von allen höheren Kräften und Werten abgelöste Menschengattung‘.“³⁴ Was verbindet das „Naturwesen Mensch“ zu einer kulturellen und humanen Gemeinschaft? Wo- von kann ein Staat, bestehend aus einer bloßen Ansammlung von bio- psycho-sozialen Individuen, ähnlich einer Nutztierhaltung, getragen sein? Wie kann ein gesellschaftlicher Zusammenhalt begründet werden, wenn es kein ideelles gemeinsames Band unter den Menschen gibt, keine von Gott legitimierte Herrschaft, keine Bindung an einen gemeinsamen Glauben, keine verbindende wesenhafte Natur des Menschen? Auf welcher Grundlage sollten sich Individuen, welche jeweils nur am eigenen Wohlbefinden (oder jenem ihrer Sippe) orientiert sind, zu einer sozialen Gemeinschaft mit gegenseitigen Verpflichtungen und gesetzlich erzwungener Solidarität als „öffentlichem Gut“³⁵ zusammenschließen? Das ist das Grundproblem aller modernen (und d.h. naturalistischen) Gesellschaftstheorien, die eine Antwort nur auf Basis natürlicher Gegebenheiten zu finden imstande sind, da der Naturalismus, d.h. das Beherrschungswissen im Sinne der Wissensformen Max Schelers,³⁶ der einzig verfügbare epistemologische Rahmen ist.

Für die Frage nach der Legitimation gibt es im Rahmen der modernen Wissensform und naturalistischen staatlichen Ordnung nur zwei mögliche Wirklichkeitsbereiche, die den Anspruch (oder den Anschein) des Absoluten aufweisen und damit gesellschaftlich die Voraussetzung der formalen „Unverfügbarkeit“³⁷ (als Surrogat für Transzendenz) beanspruchen können:

- a) das Kollektive bzw. Soziale (z.B. kontraktualistisch, über den Vertrag konstituiert) und
- b) die Natur (über die „Naturalität der Mechanismen“³⁸ wie jener des Wettbewerbs auf Märkten).

33 Delikostantis, Humanitarismus, 7.

34 Max Scheler, zit. n. Delikostantis, Humanitarismus, 51.

35 Vgl. Baurmann, Solidarität.

36 Scheler, Wissensformen, 203 f.

37 Vgl. Vorländer, Transzendenz.

38 Foucault, Sicherheit, 501.

Die beiden Sphären des Kollektiven und der Natur werden für die modernen Staats- und Politikkonzeptionen die maßgebenden Instanzen für eine gerechte Gesellschaftsordnung in der Form einer Normativität, die jedenfalls auf natürlichen oder kollektiv vereinbarten Mechanismen beruhen muss. Den beiden Sphären entsprechen zwei komplementäre Formen von „Gerechtigkeitsmechanismen“:

- a) die *soziale Sorge* basierend auf vereinbarten Gleichheits- und Solidaritätsdoktrinen und
- b) die „naturgesetzlich“ entstehende Gerechtigkeit durch „natürliche“ Mechanismen wie Konkurrenz und Wettbewerb.

Den beiden Mechanismen der „gerechten“ gesellschaftlichen Ordnung entsprechen ebenso komplementäre biopolitische Steigerungstechniken:

- a) die Förderung (Inklusion) der Förderungswürdigen (entsprechend dem *faire vivre*) und
- b) die Ausscheidung (Exklusion) der Nicht-Förderungswürdigen (entsprechend dem *laisser mourir*).

Beide Techniken stehen im Zeichen der biopolitischen Lebenssteigerung, deren Kernaufgabe es ist, „das Lebende in einem Bereich von Wert und Nutzen zu organisieren“³⁹ und die „ständige Erhöhung der Nützlichkeit [...] der Körper der Individuen und der Körper der Bevölkerungen“⁴⁰ durch die neuen Institutionen sicherzustellen. Denn die Anerkennung des Lebens als obersten Wert impliziert das „Wachsenwollen“, die Steigerung.⁴¹

3. „Beziehungen biologischen Typs“: Die Geburt der biopolitischen Steigerungsdispositive aus der hygienischen Bedrohung

Im biopolitischen Staat definieren sich die Verhältnisse zwischen den Menschen im Kern nicht auf der Ebene von Rechtsbeziehungen oder von Freundschaft und Feindschaft, sondern sie sind primär „Beziehungen biologischen Typs“ (*relations de type biologique*),⁴² woraus die Bedeutung hygienischer Modelle für die gesellschaftliche Ordnung unmittelbar folgt. Es

39 Foucault, Wille, 139.

40 Foucault, Schriften, 25 f.

41 Vgl. Heidegger, Holzwege, 209 f.

42 Foucault, Société, 228.

gibt davon zwei Hauptformen, die schon in der Formel vom „faire vivre et laisser mourir“ anklingen:

- a) die Relation des *faire vivre*, d.h. der „biopolitischen Sorge“ (als einer bio-psycho-sozialen Förderung) oder Solidarität (institutionell als Sozialisierung der allgemeinen Lebensrisiken) – man kann sie als den *sozialhygienischen Typus* bezeichnen – und
- b) die Relation des *laisser mourir*, d.h. der Entsolidarisierung oder Konkurrenz (institutionell als Individualisierung der Lebensrisiken, z.B. durch Wettbewerb) – man könnte sie in historischer Anlehnung den *rassenhygienischen Typus* nennen.

Die beiden Formen begründen zwei wesentliche biopolitische Regierungstechniken: jene der *biopolitischen Sorge* gemäß einer Solidaritätsdoktrin, wie sie François Ewald in seiner Studie zum *Vorsorgestaats* (frz. *L'État providence*)⁴³ detailliert untersuchte, und jene des *Staatsrassismus* (*racism d'État* oder *racism moderne*), wie er von Foucault in der Vorlesung vom 17. März 1976 als Begriff und Konzept eingeführt wurde.⁴⁴ Beiden Regierungstechniken ist gemeinsam, dass sie ihre Begründung in der Reaktion auf biologische Bedrohungen finden, welchen das Leben des Einzelnen oder der Bevölkerung ausgesetzt ist. Im ersten Fall ist es eine Beziehung der Art, dass die (hygienische oder biopsychosoziale) Sorge um den Anderen auch die eigene Sicherheit erhöht, das eigene Leben steigert, wie auch jenes der Gattung (Menschheit); es geht daher um Förderung und Solidarität im Sinne des *faire vivre*. Im zweiten Fall ist es genau umgekehrt: Es geht darum, „die biologische Gefahr zu beseitigen und die Gattung selbst oder die Rasse mit dieser Beseitigung direkt zu stärken“, denn, so die implizite Logik, „je mehr anomale Individuen vernichtet werden, desto weniger Degenerierte gibt es in Bezug auf die Gattung, desto besser werde ich – nicht als Individuum, sondern als Gattung – leben, stark sein, kraftvoll sein und gedeihen“⁴⁵. Die Darstellung dieses *biopolitischen Rassismus* folgt in einem zweiten Schritt. Zunächst wird das Solidaritätsmodell nach der Analyse von François Ewald, einem Mitarbeiter Foucaults am Collège de France, skizziert.

43 Ewald, *Vorsorgestaats*.

44 “Ce qui a inscrit le racisme dans les mécanismes de l'État, c'est bien l'émergence de ce bio-pouvoir”; Foucault, *Société*, 213 u. 227 f.

45 Foucault, *Société*, 228.

3.1 „Lebenmachen“: Die biopolitische Sorge infolge pandemischer Bedrohungen, z. B. durch Vergemeinschaftung ökonomischer Risiken unter dem Banner der Solidarität

Der säkulare Wohlfahrtsstaat als Institutionalisierung einer auch biopolitisch grundierten Solidarität stand also seit seiner ersten Ausbildung im 19. Jahrhundert vor dem Problem, die moralische und gesetzliche Verpflichtung des Einzelnen zu Solidaritätsleistungen (also Zwangssolidarität) zu begründen, und dies ohne Rückgriff auf die im Verschwinden begriffenen religiös verwurzelten Moralvorstellungen, wie z. B. jene der christlich motivierten Nächstenliebe. Die Frage war also: Wie lassen sich ein Mutualitätsprinzip bzw. *soziale Rechte* ohne metaphysische Begriffe und Normen begründen? Nach der Analyse Ewalds geschah dies unter Rückgriff auf Modellvorstellungen aus dem Gebiet der *Öffentlichen Hygiene*. Louis Pasteurs Entdeckungen zur Infektionsepidemiologie der ansteckenden Krankheiten dienten als Modell für die Verflochtenheit des „sozialen Übels“, das sich immer als Folge der gesellschaftlichen Umstände erweist und alle Mitglieder einer Gesellschaft zu gegenseitiger Solidarität und Vorsorge zwingt. Durch die hygienisch begründeten *Solidaritätsdoktrinen*, so jene des politisch einflussreichen französischen Sozialisten und Friedensnobelpreisträgers Léon Bourgeois, war eine Überwindung der liberalen Rechtsauffassung im Sinne der Ziele der Biopolitik möglich geworden. Als Modell fungierte für Bourgeois die ansteckende Krankheit, speziell die verbreitete Tuberkulose als die „Solidaritätskrankheit par excellence“,⁴⁶ und die zentrale Gestalt war für ihn Pasteur:

[W]enn man [...] das zum Ausdruck bringen wollte, was der gesunde, kräftige und wohlgestaltete Mensch von morgen sein soll, dann muss im Mittelpunkt dieses Tempels des Menschen eine Statue errichtet werden, die Statue Pasteurs. Ihm verdanken wir, dass die Vorstellungen von einer neuen Menschheit Gestalt annehmen [...]. Er war es, der die tiefgreifende, wechselseitige Abhängigkeit alles Lebenden, aller Lebewesen, endgültig bewies [...].⁴⁷

46 Ewald, Vorsorgestaar, 467.

47 L. Bourgeois, zit. n. Ewald, Vorsorgestaar, 465.

Und im Hinblick auf Pasteurs Mikrobenlehre der „zahllosen, unendlich kleinen Wesen“ schreibt er:

Er hat uns bewiesen, dass jeder von uns für die anderen Lebenden zu einem Herd des Todes werden kann und dass wir infolgedessen die Pflicht haben, diese tödlichen Keime zu vernichten, um sowohl unser eigenes Leben als auch das Leben aller anderen zu schützen und zu bewahren.⁴⁸

So ist das Kunststück gelungen: Die naturwissenschaftliche Lehre von der „sozialen Natur“ des Übels in Form der hygienischen gegenseitigen Bedrohung erlaubte die Ableitung einer Sozialmoral aus dem natürlichen Sein des menschlichen Kollektivs.⁴⁹ „Die Verfolgung meines eigenen Wohls verpflichtet mich dazu, auch das Wohl der anderen zu wollen“, und wie Ewald weiter ausführt: „Kein Gott, nichts außerhalb eines jeden von uns ist mehr nötig, um uns dazu zu verpflichten, im eigenen Interesse das Wohl der anderen zu wollen.“⁵⁰

Bei den neuen Formen der Solidarität und Humanität – und das ist paradigmatisch die zweite Seite der „Sorge“ in der biopolitischen Form des *faire vivre* – geht es „nicht mehr um die Unterstützung für einen besonders zerbrechlichen – verwirrten und verstörenden – Randbereich der Bevölkerung, sondern darum, wie sich das Gesundheitsniveau des Sozialkörpers in seiner Gesamtheit anheben lässt [...]. Der Imperativ der Gesundheit: Pflicht eines jeden und allgemeines Ziel.“⁵¹ Foucault bringt hier ein wesentliches Charakteristikum der im 18. Jahrhundert in Erscheinung tretenden modernen Solidarität und ihres Humanitätskonzepts auf den Punkt: Es geht, auch wenn diese Rhetorik oft gepflegt wird, in erster Linie nicht um eine auf jene vulnerablen Bevölkerungsteile beschränkte Hilfe in der Not, die dieser wirklich bedürften, sondern um die Wohlfahrt und Förderung der menschlichen Gattung, begleitet von der Forderung einer materi-

48 L. Bourgeois, zit. n. Ewald, Vorsorgestaat, 465.

49 Vgl. die Ursprünge der Sozialhygiene in Deutschland: „Die erste Monographie im deutschen Sprachgebiet über Soziale Hygiene schrieb K. GEORG im Jahr 1890 [...]. GEORG bedeutete Sozialhygiene nichts weiter als die Anwendung gemeinhygienischer Erkenntnisse auf die Lebensverhältnisse des Proletariats. Eigentlicher Beweggrund für diese ‚soziale‘ Auffassung war einerseits die Erkenntnis, dass das Proletariat die gesundheitlich labilste Bevölkerungsklasse ist, und dass andererseits jede Klasse von der anderen auf Gedeih und Verderb abhängt. Es war also letzten Endes der Egoismus der besitzenden Klasse die Triebfeder für eine ‚Soziale Hygiene‘ im Sinne GEORGs“; Thissen, Entwicklung, 60.

50 Ewald, Vorsorgestaat, 467.

51 Foucault, Schriften, 23.

ell konnotierten „allgemeinen Menschenliebe“ und ihrer Realisierung über öffentliche Institutionen. Sowohl in dieser Orientierung auf die Steigerung der allgemeinen Wohlfahrt als auch in der staatlichen (oder staatsnahen) Institutionalisierungsform unterscheidet sich die moderne Solidarität wesentlich von einer Nächstenliebe und Caritas für Leidende und Bedürftige.⁵² In diesem Sinne kann Ewald sagen:

Im Vorsorgestaat erfüllt sich dieser Traum von einer ‚Bio-Macht‘. Er ist ein Staat, der weniger darauf achtet, die Freiheit eines jeden vor Angriffen zu bewahren [...], als sich der Art und Weise anzunehmen, in der der einzelne sein Leben plant. [...] Über Institutionen wie die Sozialversicherungen wird er das Leben der Bevölkerungen als solcher verwalten können, um sie besser vor sich selbst zu bewahren und ihr die Entfaltung der in ihr schlummernden Potentialitäten zu ermöglichen.⁵³

Der Entfaltung der Biopolitik eröffnet sich mit den *sozialen Rechten* des Wohlfahrtsstaats ein neues, weites Feld der Institutionalisierung der Förderung der Lebenschancen und Kompetenzen der Individuen zu ihrem eigenen Besten. Der Preis dafür ist jedoch der Verlust der konzeptuellen Trennung von Recht und Moral.⁵⁴ Diesen Traum (und den Preis für die Verschmelzung von Recht und Moral) konkretisierte Léon Bourgeois 1914 u. a. mit den folgenden Worten:

Unsere Aufgabe liegt in der Koordinierung aller Vorsorgemaßnahmen gegen alle sozialen Übel, und bereits die Tatsache, dass diese Übel soziale Auswirkungen haben, genügt, um der Gesellschaft die Verpflichtung aufzuerlegen, sie vorherzusehen, zu bekämpfen und auszumerzen. Zu diesem Zweck muss das Individuum von Geburt an in Obhut genommen und bis zu seinem Tod Schritt für Schritt begleitet werden; in allen Stadien seiner Existenz müssen alle Risiken, denen es sich aussetzen wird, vorhergesehen, und es muss im Vorhinein ihre umfassen-

52 Vgl. die Beschreibung der Humanität durch Paul Göhre: „Auch Humanität ward erst mit und durch den modernen Menschen geboren. Humanität unterscheidet sich wesentlich von Nächstenliebe. Diese ist persönlich bedingt [...], jene ist unpersönlich (!), gilt der gesamten Gattung, ja allem Lebendigen, drängt auf Institutionen, nicht mehr, wie jene, auf Ausübung von Fall zu Fall und in beschränktem Kreise“; Göhre, Gott, 21.

53 Ewald, Vorsorgestaat, 488.

54 Zur Frage nach der durch Freiheitsrechte erzeugten Unfreiheit, auch in Bezug auf die sozialen Teilhaberechte, gibt Christoph Menke (Menke, Kritik, 293 f.) eine Analyse im Anschluss an Foucault.

de Absicherung organisiert werden. Dies ist kein Werk der Wohltätigkeit, sondern ein Werk der Vorsorge, kein individuelles, sondern ein universelles Werk [...].⁵⁵

Léon Bourgeois war mit diesen Ideen sozialer Verpflichtung und Solidarität zu jener Zeit nicht allein. Einige Jahre zuvor veröffentlichte der österreichische Soziologe Rudolf Goldscheid ein System der „Menschenökonomie“⁵⁶, das die „unerhörte Menschenvergeudung“ beklagte, die eintrete, wenn das „Menschenmaterial“ nicht nach einer rationalen, d. h. wirtschaftlich optimalen Verwaltung und Sorge behandelt werde.

Goldscheid entwirft eine gleichermaßen sozialistische wie biopolitische Gouvernamentalität, welche nicht dem Markt-, sondern dem Mutualitätsprinzip gehorcht und welche die ökonomische Rationalisierung des Lebens auf präventive Pflege, nachhaltige Nutzung und wechselseitige Absicherung der menschlichen Ressourcen aufbaut. Fortschritt und Solidarität sind ihre Maximen, Akkumulation des organischen Kapitals ist ihr Bewegungsprinzip.⁵⁷

Wenn Goldscheid die „Menschenvergeudung“ beklagt, so ist es ein Angriff auf die liberale politische Rationalität, denn, wie Ewald zusammenfasst, „[d]er Vorsorgestaat wirft dem liberalen Staat vor, ein schlechter Verwerter von Leben zu sein“⁵⁸. Der (wirtschafts-)liberale Staat mit seinem Konkurrenzprinzip und Marktmechanismus realisiert jedoch die komplementäre biopolitische Steigerungstechnik der Elimination durch Wettbewerb, und auch diese folgt u. a. naturwissenschaftlich-hygienischen Doktrinen.

3.2 „Sterbenlassen“: Biopolitischer Rassismus infolge von pandemischen Bedrohungen, z. B. durch Verzicht auf epidemiologisch indizierte Infektionsprophylaxe

Wenn das oberste Ziel der biopolitischen Förderung und Sorge die Steigerung des Produktivitätsniveaus und des Gesundheitsniveaus des Sozialkörpers ist, was soll dann mit jenen geschehen, die nicht effizient förderbar sind oder sich der Sorge entziehen und damit in letzter Konsequenz das wirtschaftliche und gesundheitliche Niveau des Sozialkörpers, die allge-

55 L. Bourgeois, zit. n. Ewald, Vorsorgestaat, 531.

56 Vgl. Goldscheid, Entwicklungswerttheorie.

57 Bröckling, Hirten, 331.

58 Ewald, Vorsorgestaat, 488.

meine Wohlfahrt, belasten und beeinträchtigen? Diese logische Folgefrage stellt sich unmittelbar nach Etablierung von biopolitischen Sorgetechniken, wie jenen in Form der Sozialhygiene, und unmittelbar entwickelt sich auch ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein neuer Diskurs im Bereich der Medizin und Hygiene: die Ergänzung der Sozialhygiene durch die im deutschsprachigen Raum sogenannte Rassenhygiene (in den angelsächsischen Ländern als Eugenik bezeichnet).

Ein bedeutender Proponent der Kombination beider Techniken war der Inhaber des ersten Lehrstuhls für Sozialhygiene in Deutschland, der Arzt Alfred Grotjahn. Im Jahr 1912 erschien sein Hauptwerk *Soziale Pathologie*, in dem er sowohl sozialhygienischen Ideen von der sozialen Ätiologie der Krankheiten folgt als auch rassenhygienischen Ideen, sofern sie dem obersten Ziel der Herstellung einer gesunden Gesellschaft, bestehend aus „muskelstarken, breitschulterigen, organsunden Starken und Rüstigen“⁵⁹, dienen. Aufgrund von Krankheitsstatistiken hielt er ungefähr ein Drittel der Bevölkerung für gesundheitlich „minderwertig“ und die vorgeschlagenen Lösungen beruhten, seinen beiden komplementären Ansätzen entsprechend, auf der Unterscheidung von

- a) umweltbedingten Krankheiten – es geht darum, gesellschaftliche Bedingungen zu bessern (Sozialhygiene) – und
- b) anlagebedingten Krankheiten – rassenhygienische Maßnahmen, um „körperlich Minderwertige und Schwächlinge“ zu verhindern.

Als Lösung für die vorhandenen „geistig Minderwertigen, die als Irre, Gewohnheitsverbrecher, unheilbare Trunkenbolde und überhaupt unverbesserliche Psychopathen ohnehin aus der Bevölkerung ausgeschieden werden müssen“, schlägt er die „planmäßige Ausmerzung durch Verwahrung und Zwangsunfruchtbarmachung“ vor, wofür die „dauernde Asylierung“ „ein humanes und wirksames Mittel“ sei.⁶⁰

3.3 „Sterbenmachen“: Die „Regeneration“ der Bevölkerung durch ihre Auslieferung an Todesrisiken wie Pandemien

Grotjahn charakterisiert paradigmatisch die biopolitische Doppelstrategie von Sorge, d. h. Förderung der Förderungswürdigen, bei gleichzeitiger Abtrennung der Nicht-Förderungswürdigen. Wenn die letztere Gruppe eine

⁵⁹ Grotjahn, Hygiene, 185 f.

⁶⁰ Grotjahn, Hygiene, 200.

Last oder sogar biologische Gefahr für den Sozialkörper oder die Gattung darstellt, und darunter fallen insbesondere (unproduktive) chronisch Kranke und infektiöse Personen, so rechtfertigt die Logik der Betrachtungsweise ihre „Beseitigung“ im Sinne der Lebensförderung „aller“, gleichsam ihre Opferung für das Leben im Großen, um „die Gattung selbst oder die Rasse mit dieser Beseitigung direkt zu stärken“⁶¹. Das Dem-Tod-Ausliefern ist eine auf den ersten Blick paradoxe Steigerungstechnik im biopolitischen Staat, der sich doch der allgemeinen Wohlfahrt und einem Kult des Lebens verschreibt. Foucault verweist auf den epistemologischen Ursprung dieses politischen Diskurses in der biologischen Theorie des 19. Jahrhunderts: „[J]edes Mal, wenn es Konflikt, Tötung, Kampf, Todesrisiko gegeben hat, glaubte man sie buchstäblich in den Formen der Evolutionstheorie denken zu müssen.“⁶² Die Zurückführung der Politik, also der Beziehungen der Menschen untereinander im Großen, auf biologisch-hygienische Kategorien mündet in einem „hygienischen“ Verständnis von Krieg und von äußerer Bedrohung der eigenen Bevölkerung: Diese der biologisch-natürlichen Todesgefahr auszusetzen, führe zu einer Regeneration bzw. Reinigung des eigenen biologischen Bestandes.

Aber darüber hinaus wird der Krieg – und das ist absolut neu – Ende des 19. Jahrhunderts als Möglichkeit erscheinen, nicht nur die eigene Rasse durch Beseitigung der gegnerischen Rasse zu stärken (entsprechend der Themen der Selektion und des Kampfes ums Dasein), sondern auch die eigene Rasse zu regenerieren [...]. Man geht bis zu dem Punkt, an dem die gesamte Bevölkerung dem Tod ausgeliefert wird.⁶³

Hier wird das Wettbewerbsprinzip des (Wirtschafts-)Liberalismus⁶⁴ naturalisiert und der kollektiven biologischen (Todes-)Gefahr eine biopolitische Funktion im Sinne der Lebenssteigerung durch den Mechanismus der „natürlichen Elimination“ der bio-psycho-sozial „Minderwertigen“ aus dem Sozialkörper gegeben. Das vorsätzliche (oder auch grob fahrlässige) Ausliefern der eigenen Bevölkerung an biologische Gefahren (*danger biologique*)

61 Foucault, *Société*, 228.

62 Foucault, *Société*, 229.

63 Foucault, *Société*, 229 f.

64 „Man kann sagen, dass die Devise des Liberalismus ist, ‚gefährlich zu leben‘. ‚Gefährlich zu leben‘, das bedeutet, dass die Individuen fortwährend in eine Gefahrensituation gebracht werden oder dass sie vielmehr darauf konditioniert werden, ihre Situation, ihr Leben, ihre Gegenwart, ihre Zukunft usw. als Träger von Gefahren zu empfinden. Und dieser Anreiz der Gefahr ist, glaube ich, eine der wichtigsten Implikationen des Liberalismus“; Foucault, *Geburt*, 101.

in Form von Kriegen oder epidemischen bzw. pandemischen Risiken kann so Teil einer Biopolitik der kollektiven Leistungs- und Lebenssteigerung sein. Gerade von der Last jener, die invalid sind oder aufgrund ihres Alters vermutlich „ohnehin nicht mehr lange zu leben haben“⁶⁵, würde die Gesellschaft durch die reinigende Naturkraft tödlicher Pandemien befreit werden – so die Rationalität des Foucault'schen (*Staats-*)*Rassismus des Krieges*⁶⁶. Ein solches Ausliefern der Bevölkerung könnte im Verzicht auf infektionsepidemiologisch indizierte und verfügbare Schutzmaßnahmen der Seuchenprophylaxe (wie z.B. Quarantäne, *social distancing* etc.) unter Inkaufnahme der weiteren Verbreitung der Krankheit, insbesondere in vulnerablen Gruppen, bestehen.

4. Résumé: Pandemien können die biopolitische Polarität von übersteigter und fehlender Solidarität verstärken

Aus dem Gesagten ergibt sich als wesentliche Einsicht, dass im biopolitisch-gouvernemental geprägten Staatswesen die Unterscheidung zwischen Recht und Moral (heute meist als Ausdruck von „Werten“) tendenziell verschwindet. Die Auflösung dieser Differenz zerstört zuletzt sowohl das (vernunftbegründete) Recht als auch die Moral – beide verschmelzen im modernen Wohlfahrtsstaat zu einer „Sozialtechnik der Regierenden“, einem „Regierungsinstrument“, wie es François Ewald in seiner Studie *Der Vorsorgestaat* formuliert.⁶⁷ Die Moral wird gewissermaßen verrechtlicht und in der Folge verstaatlicht, und reziprok verliert das Recht seine rationale Fundierung (z.B. in der Vernunft oder im Naturrecht) – es wird wertbegründet,⁶⁸ u.a. im Namen einer „Solidarität“, mit den damit einhergehenden

65 Hier findet eine Abwertung der Lebenszeit hochaltriger Menschen einen Ausdruck, der im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie gelegentlich in den Medien vorgebracht wurde.

66 „Vous avez là, en tout cas, un racisme de la guerre, nouveau à la fin du XIXe siècle [...]“; Foucault, *Société*, 230.

67 Vgl. Ewald, *Vorsorgestaat*, 472: „Und so wie das Recht dazu tendiert, zu einer Lektion in Moral zu werden, wird all das, was moralisch gilt, auch seine rechtliche Gültigkeit erlangen“, denn wenn „das, was die Regierenden als nötig erachten, nicht auf natürlichem Wege geschieht, wird man es zu einer gesetzlichen Vorschrift machen. Das Recht verliert damit die Würde, die ihm aufgrund seiner Beziehung zu Natur und Vernunft zukam, es wird zu einer Sozialtechnik“.

68 Zur Problematik der Wertbegründung des Rechts vgl. Böckenförde, *Kritik*, 67 f.

Problemlagen.⁶⁹ Der biopolitische Normalisierungsstaat ist in einem bestimmten Sinne ein Moralstaat, beruhend auf dem Prinzip der Transparenz und Sichtbarkeit (vgl. den Panoptismus⁷⁰) als einem konstitutiven sozialtechnologischen Dispositiv. Auch im liberalen Staat gilt, wie Foucault ausführt: „Mit einer Hand muss die Freiheit hergestellt werden, aber dieselbe Handlung impliziert, dass man mit der anderen Einschränkungen, Kontrollen, Zwänge, auf Drohungen gestützte Verpflichtungen usw. einführt“.⁷¹

Die Sorge-Menschenökonomie des Vorsorge- bzw. Wohlfahrtsstaates sowie die liberale Wettbewerbs-Ökonomie der Humankapitaltheorie markieren zwei komplementäre Pole bzw. dialektische Gegensätze hinsichtlich ihrer Funktionsmechanismen und Strategien, treffen sich aber in ihrer biopolitischen Zielsetzung.⁷² Sie bilden – wie Ulrich Bröckling ausführt – „zwei konträre Regierungsrationalitäten, zwischen denen die Biopolitiken des 20. und 21. Jahrhunderts changieren: Markt und Plan, unsichtbare oder sichtbare Hand, zentrale Steuerung oder Selbstorganisation – zwischen diesen Polen lassen sich die Versuche verorten, das menschliche Leben ökonomisch zu regieren“⁷³. Solidarität und Entsolidarisierung, Fördern der Förderungswürdigen und Selektion der Nicht-(mehr-)Förderungswürdigen – zwischen diesen komplementären Polen agiert die biopolitische Rationalität. Beide Pole funktionieren, wie ausgeführt, zwar legitimiert von einer Logik der Abwehr hygienischer Gefahren, aber orientiert an gouvernementalen Zielsetzungen.

Gefährliche Epidemien oder Pandemien besitzen folglich das Potential, beide Pole zu stärken und die biopolitische Transformation der Gesell-

69 Zur Illustration sei dieses Zitat aus einem aktuellen Zeitungsartikel, *Der Terror der Tugend* (Martenstein, Terror), angeführt: „Unser Körper gehört nicht mehr uns alleine, wir haben unseren Körper offenbar vom Staat großzügig zur Verfügung gestellt bekommen, und der Staat verlangt, dass wir mit dieser Leihgabe pfleglich umgehen“ ... „Willkommen in der Tugendrepublik Deutschland! In der Tugendrepublik verschmelzen drei geistige und politische Tendenzen der letzten Jahre. Erstens die Tendenz zur Transparenz, die neue Geheimnislosigkeit. Zweitens die Idee, dass ein moralisch einwandfreies Leben des Individuums staatlich durchsetzbar sein könnte. Drittens der Gedanke der möglichst vollständigen Risikovermeidung, wobei die Entscheidung über individuelle Risiken nicht etwa im Ermessen des Individuums steht. Die Entscheidung über Risiken ist vielmehr Sache des Staates, der dabei von einem Heer aufmerksamer Hobbydetektive und emsiger Leserreporter unterstützt wird.“

70 Foucault, Überwachen, 251 f.

71 Foucault, Geburt, 98.

72 Stronegger, Institutionalisierung, 39.

73 Bröckling, Hirten, 331.

schaft und die von Foucault beschriebene Gouvernentalisierung des modernen Staates zu intensivieren, indem Maßnahmen gesetzt werden, die über infektionsepidemiologisch indizierte Schutzmaßnahmen mit dem Ziel der Eindämmung der epidemischen Krankheitsverbreitung klar hinausgehen. Zu diesen potentiell biopolitisch motivierten Maßnahmen gehört im Pol der „biopolitischen Sorge“ ein infektionsprophylaktisch nicht indiziertes Ausmaß an Erfassung persönlicher Risikodaten (im Sinne der *Pastoralmacht*) oder eine Vergemeinschaftung ökonomischer Risiken im Namen einer Solidarität, die in keinem sachlichen Verhältnis zur epidemiologischen Gefahrenabwehr steht. Im Pol des „biopolitischen Rassismus“ befindet sich konträr dazu beispielsweise der weitgehende Verzicht auf infektionsepidemiologisch indizierte und verfügbare Schutzmaßnahmen der Seuchenprophylaxe (wie z.B. Quarantäne, *social distancing* etc.) unter Inkaufnahme der weiteren Verbreitung der Krankheit und der daraus folgenden gesundheitlichen Gefährdung zusätzlicher Bevölkerungsteile.

Die politische Alternativlosigkeit dieser Transformation von historischer Dimension bleibt aber fragwürdig, denn die Verabsolutierung des sozialeudämonistischen Denkens, das im Zeichen einer naturalistischen Selbstausslegung des Menschen steht, d.h. die Ethisierung des natürlichen Wohlergehens, gefährdet im Gegenzug die unbedingte Anerkennung der Menschenwürde. So legt Delikostantis in einer Untersuchung des modernen Humanitarismus eine elementare Wahrheit dar: „Vom naturalistisch bestimmten Glück des Menschen als oberstem ethischen Maßstab aus gedacht, kann die Würde des Menschen nicht angemessen expliziert werden“⁷⁴, da seine Rechtssubjektivität als nun tatsächlich alternativlose Basis seiner Würde⁷⁵ Gefahr läuft, lebensweltlich ohne Anerkennung zu bleiben. Oder mit den Worten Foucaults: „Desormais, la sécurité est au-dessus des lois.“ Die optimierte Lebenssicherung und Lebenssteigerung ist mit dem Konzept individueller Freiheit in letzter Konsequenz realweltlich inkommensurabel. An dieser für den zeitgenössischen Menschen wohl schwer nachvollziehbaren Feststellung zeichnet sich bereits die Ambivalenz bzw. Dialektik der biopolitischen Transformation ab, in der sich die Industriegesellschaften seit ihrer Genese befinden: „Eine Entwicklung in

74 Delikostantis, Humanitarismus, 7.

75 Vgl. die Studie zur Grundlegung der Menschenwürde von Walter Schweidler (Schweidler, Menschenwürde).

der modernen Moral, die sich als Förderung der Humanität begreift und Geltung verschaffen will, erscheint als Gefährdung der Humanität.“⁷⁶

Literatur

- Baurmann, Michael: Solidarität als soziale Norm und als Norm der Verfassung, in: Kurt Bayertz (Hg.): *Solidarität*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1998, 345–388.
- Böckenförde, Ernst-Wolfgang: Die Entstehung des Staates als Vorgang der Säkularisation, in: Ders.: *Recht, Staat, Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte*, Frankfurt am Main: 1991, 42 [1967].
- Böckenförde, Ernst-Wolfgang: Zur Kritik der Wertbegründung des Rechts, in: Ders.: *Recht, Staat, Freiheit. Studien zur Rechtsphilosophie, Staatstheorie und Verfassungsgeschichte*, Frankfurt am Main: 1991, 67–91.
- Bröckling, Ulrich: *Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste*, Berlin: Suhrkamp 2017.
- Delikostantis, Konstantinos: *Der moderne Humanitarismus. Zur Bestimmung und Kritik einer zeitgenössischen Auslegung der Humanitätsidee*, Mainz: Grünewald 1982.
- Ewald, François: *Der Vorsorgestaat*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1993 [frz. 1986].
- Foucault, Michel: *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, Frankfurt am Main: Suhrkamp ¹⁴2016 [1975].
- Foucault, Michel: *Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II. Vorlesungen am Collège de France 1978–1979*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 2004.
- Foucault, Michel: *Il faut défendre la société. Cours au Collège de France (1975–1976)*, Paris: Gallimard 1997.
- Foucault, Michel: *Dits et écrits 1954–1988, tome II: 1976–1988*, Paris: Gallimard 2001.
- Foucault, Michel: *Schriften in vier Bänden. Dits et écrits, Bd. III: 1976–1979*, Frankfurt am Main: Suhrkamp 2003.
- Foucault, Michel: *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität I. Vorlesung am Collège de France 1977–1978*, Frankfurt am Main: Suhrkamp ⁵2017.
- Foucault, Michel: *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit 1*, Frankfurt am Main: Suhrkamp ¹⁴1977.
- Göhre, Paul: *Der unbekannte Gott*, Leipzig: Grunow 1919.
- Goldscheid, Rudolf: *Entwicklungswerttheorie, Entwicklungsökonomie, Menschenökonomie. Eine Programmschrift*. Leipzig: Klinkhardt 1908.

76 Delikostantis, Humanitarismus, 7.

- Grotjahn, Alfred: Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik, Berlin: Urban & Schwarzenberg 1926.
- Heidegger, Martin: Holzwege, Frankfurt am Main: Klostermann 2015.
- Martenstein, Harald: Der Terror der Tugend, in: <http://www.zeit.de/2012/24/DOS-Tugend> [12.05.2020].
- Mau, Steffen: Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen, Berlin: Suhrkamp 2017.
- Menke, Christoph: Kritik der Rechte, Frankfurt am Main: Suhrkamp 2015.
- Nussbaum, Martha: Creating capabilities. The human development approach, Cambridge: Harvard University Press 2011.
- Scheler, Max: Die Wissensformen und die Gesellschaft, Bern: Francke 1960.
- Schulz, Walter: Philosophie in der veränderten Welt, Pfullingen: Neske 1972.
- Schweidler, Walter: Über Menschenwürde. Der Ursprung der Person und die Kultur des Lebens, Wiesbaden: Springer 2012.
- Stronegger, Willibald J.: Die Legitimität von Tötungshandlungen im modernen Staat – Eine biopolitische Perspektive, in: *Imago Homini* 23 (2016), 35–45.
- Stronegger, Willibald J.: „Faire vivre“. Die Institutionalisierung des Lebens in der Moderne und der Tod, in: Stronegger, Willibald J./Attems, Kristin (Hg.): Mensch und Endlichkeit. Die Institutionalisierung des Lebensendes zwischen Wissenschaft und Lebenswelt, Baden-Baden: Nomos 2018 (= Bioethik in Wissenschaft und Gesellschaft 5), 23–53.
- Thissen, Rudolf: Die Entwicklung der Terminologie auf dem Gebiet der Sozialhygiene und Sozialmedizin im deutschen Sprachgebiet bis 1930, Wiesbaden: Springer 1969.
- Vorländer, Hans (Hg.): Transzendenz und die Konstitution von Ordnungen, Berlin: De Gruyter 2013.

Transzendenzmangel in den Werthaltungen der Österreicherinnen und Österreicher als Herausforderung für die Zeit nach der Covid-19-Pandemie

Regina Polak

1. Zur Hermeneutik der Krise

Krisen wirken wie Vergrößerungsgläser: Sie machen die Stärken und Schwächen einer Gesellschaft in Ökonomie, Politik, Kultur, Religion und sozialem Leben deutlicher sichtbar und spitzen beides zu. In gewissem Sinn sind sie „Enthüllungsvorgänge“. So lässt die globale Corona-Pandemie große soziale Ungleichheit, politische Konflikte und die ökonomische Fragilität der Welt ebenso erkennbar werden wie ein erstaunliches Ausmaß zivilgesellschaftlicher Solidarität und eine überwältigende Fülle divergierender Ideen, wie es „danach“ weitergehen könnte.

Krisen bringen auch die vertrauten sozialen und gesellschaftlichen Ordnungen ins Wanken und zwingen zur Neuorientierung. Diese „Unordnung“ löst bei vielen Menschen durchaus begründete Ängste und Verunsicherungen aus, kann aber auch neue Möglichkeiten und Freiräume in den Blick kommen lassen. Krisen zwingen zum Transzendieren, weil sie die Grenzen der vertrauten Ordnungen bewusst machen und es nötig machen, über das „Danach“ nachzudenken.

Freilich: Wann ist „danach“? Wenn der heiß ersehnte Impfstoff in Österreich zur Verfügung steht? Wenn die im öffentlichen Diskurs dominante Mittelschicht wieder aus dem Home-Office zurückkehrt und Kino und Theater besuchen kann? Wenn die Schulden der Europäischen Union abbezahlt sein werden? Wenn die infolge von Anti-Covid-19-Maßnahmen global explodierende Armut wieder auf dem Status quo von 2020 gelandet sein wird?¹

1 Die Hilfsorganisation Oxfam rechnet damit, dass im Zuge der Corona-Krise rund eine halbe Milliarde Menschen in Armut gestürzt werden könnte. Die Wirtschaftskrise, die auf die Welt zukommt, würde den Kampf gegen die Armut um zehn Jahre zurückwerfen, in manchen Regionen sogar um 30 Jahre. Vgl. Oxfam International, Dignity not Destitution.

Wie wir mit der Krise umgehen, hängt auch stark mit unserem Welthorizont, d. h. unseren Konzeptionen von Raum und Zeit, zusammen. Diese wiederum sind mit unserer geistigen Fähigkeit und Bereitschaft zum Transzendieren sowie unserer Transzendenzspannweite verbunden. Der Philosophin Hannah Arendt zufolge ist solches Transzendenzvermögen – neben den Fähigkeiten, sich etwas vorzustellen, zu fragen, zu zweifeln, zu reflektieren und zu unterscheiden – eine Dimension des menschlichen Denkens.² Der menschliche Geist muss sich nicht mit dem Gegenstand begnügen, wie er ihm gegeben ist, sondern kann die reine Gegebenheit dessen übersteigen, was unsere Aufmerksamkeit erregt. Der Gegenstand kann so zum Experiment des Ichs mit sich selbst und zum Anlass werden, die Grenzen des sinnlich Wahrnehmbaren zu überschreiten. Dies geschieht zwar innerhalb eines durch Sprache, Kultur und Gesellschaft vorgegebenen Rahmens, aber zugleich kann dieser Rahmen dank der menschlichen Freiheit zu denken entgrenzt werden.

Deshalb ist auch die Covid-19-Krise kein objektiv vorliegendes Faktum, dessen Qualität oder gar Ende man an den Zahlen der am Virus Verstorbenen oder am Bruttonationalprodukt ablesen könnte. Solches Denken wäre platter positivistischer Materialismus ohne jeglichen Geist. Entscheidend ist, ob und wie man diese Zahlen interpretiert – also mittels der zur Verfügung stehenden Deutungsschemata transzendiert. Leider erwecken die in Politik, Gesellschaft und Medien aktuell dominanten Lösungsstrategien nicht eben einen transzendenten Eindruck. Es herrscht der Geist der Technokratie, der seinen Erfolg im Kampf gegen die Krise an Zahlen bemisst.

So kann denn auch die Covid-19-Krise auf sehr verschiedene Weise wahrgenommen werden.³ Betrachtet man sie als eine Systemstörung, die dann als „bewältigt“ gilt, wenn der Zustand zuvor wieder hergestellt ist – mit den bekannten, dem System zur Verfügung stehenden Mitteln? Erkennt man in der Krise die Notwendigkeit oder Möglichkeit, neue, bisher unbekannte Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, sodass sich ihr Ende an der Erweiterung und Veränderung des Systems festmachen lässt, das System also gleichsam dazugelernt hat? Oder traumatisiert diese Krise das System dermaßen stark, dass dessen innere Ordnungsparadigmen selbst zur Disposition stehen und neue Paradigmen erst gefunden werden müssen? Eine solche Krise stellte zum Beispiel der Zweite Weltkrieg dar, der es nötig und möglich machte, die Europäische Union zu gründen und deren

2 Vgl. Arendt, *Das Denken*, 9–240.

3 Die folgende „Krisentypologie“ ist inspiriert von den Überlegungen des Historikers Jörn Rüsen; vgl. z. B. Rüsen, *Krise, Trauma, Identität*, 145–179.

Rechte und Werte politisch durchzusetzen.⁴ Auch die Schoah führte dazu, dass sich die Einstellungen der katholischen und evangelischen Kirche zu den Juden veränderten.

Weil derzeit überhaupt nicht in Sicht ist, wie die Covid-19-Krise mehrheitlich gedeutet werden wird, wage ich keinerlei Prognosen. Die Wahrnehmung der Krise hängt von unüberschaubar verschiedenen Parametern ab. So wirken sich z.B. die personellen, finanziellen, institutionellen und mentalen Ressourcen einer Gesellschaft ebenso aus wie die Bereitschaft und der Wille, diese Ressourcen entweder für Bewahrung, Lernprozesse oder paradigmatische Innovation einzusetzen. Die Fähigkeit zu kognitiver und emotionaler Empathie mit den von der Krise am meisten Betroffenen spielt eine ebenso wichtige Rolle wie der Horizont, in dem die Krise gedacht wird: lokal, national oder global. Historische Erfahrungen im Umgang mit Krisen prägen die Krisenwahrnehmung wie auch die in einer Gesellschaft dominanten Werthaltungen.

Reiche Gesellschaften verfügen so zwar in der Regel über mehr institutionalisiertes Innovationspotential und entsprechende Mittel zu deren Durchsetzung als arme Gesellschaften, werden aber tendenziell eher auf die Sicherung ihres Wohlstandes achten. Gesellschaften mit einer Geschichte, in der autoritäre Politiken der „Normalfall“ waren, werden eher auf autoritäre politische Lösungen setzen als jene Gesellschaften, in denen Autonomie und Teilhabe der Bevölkerung eine selbstverständliche Tradition bilden. In emotional warmen Gesellschaften wird die Meso-Solidarität nachhaltiger zu etablieren sein als in kalten Gesellschaften. Überdies sind sozialwissenschaftlich oder historisch begründbare Wahrscheinlichkeiten im Umgang mit Krisen keine naturgesetzlichen Dynamiken. Immer besteht auch die Möglichkeit, sich nicht der Kraft von Gewohnheiten und Prägungen zu ergeben, sondern Probleme auf der Basis ethisch reflektierter Entscheidungen zu treffen. Einzelnen Personen – insbesondere gesellschaftlichen Entscheidungsträgern – kommt hier eine immense Verantwortung zu.

So lässt sich im reichen Österreich bis dato z.B. so gut wie kein international kooperativer Horizont erkennen. Dies ist freilich angesichts des Umgangs mit der Flüchtlingskrise seit 2015 nicht weiter verwunderlich, als bereits diese nur von einer Minderheit in einem globalen Verantwortungsrahmen wahrgenommen wurde. Transzendenzvermögen und -spannweite

4 Der Vergleich der Covid-19-Krise mit der Zeit nach 1945 durch Politiker wie Sebastian Kurz könnte so etwas nahelegen. Gleichwohl zeigen die Lösungen, die Protagonisten wie er ins Spiel bringen, keine neuen Paradigmen.

in der Wahrnehmung und im Umgang mit Krisen sind in Österreich sehr eng. Daran ändert aus theologischer Sicht auch der Befund wenig, dass in Österreich zwei Drittel der Menschen angeben, an einen Gott zu glauben.⁵ Der Gott, an den in Österreich von einer Mehrheit geglaubt wird, weitet nur bei einer Minderheit die Fähigkeit und den Inhalt der Transzendenz.

2. Werte als Grundlagen für Krisenwahrnehmung

Aus der Fülle der Faktoren, die sich auf die Wahrnehmung und den Umgang mit der Covid-19-Krise auswirken, werde ich im Folgenden anhand von drei Wertefeldern zeigen, wie sich darin ein Mangel an Transzendenzvermögen und -spannweite widerspiegelt, der den aktuellen Umgang mit der Krise in Österreich maßgeblich prägt. Denn Werte können mit Hans Joas⁶ als mental-psychisch verinnerlichte Erfahrungen der Selbsttranszendenz und Selbstbindung verstanden werden, d.h. als Ausdruck von Lebenswirklichkeiten, die Menschen widerfahren und so ergreifen, dass sie sich diese als „etwas Gutes“ zu eigen machen. Werte sind demnach das Selbst transzendierende Vorstellungen und Ideen vom Guten und Wünschenswerten. Sie bilden die mehr oder weniger bewusste Grundlage für ethische Entscheidungen. Sie bedürfen der ethischen Reflexion. Basis für die folgende Darstellung bilden v.a. die Ergebnisse der Österreichischen Wertestudie zwischen 1990 und 2018 (ÖWS).⁷

2.1 Freiheit versus Sicherheit

Seit Jahrzehnten geben die Österreicherinnen und Österreicher Werten, die auf Sicherheit zielen, Vorrang vor der Freiheit. Zwar erwartet man sich vom Staat die Wahrung individueller Freiheitsrechte, insbesondere der Meinungsfreiheit oder des Rechts auf Eigentum, aber die Sicherheit ist wichtiger. Dabei steht vor allem der Schutz der eigenen Sicherheit im Zentrum. So wurden denn auch die Regierungsmaßnahmen nahezu kritiklos akzeptiert. In Ländern, in denen der Wert der Freiheit traditionell stärker ausgeprägt ist – Deutschland, Großbritannien, Schweden –, wurden Regierungsmaßnahmen von Beginn an deutlich stärker diskutiert.

5 Vgl. Polak/Seewann, Religion als Distinktion, 109–110.

6 Vgl. Joas/Wiegandt, Die kulturellen Werte Europas, 14–15.

7 Siehe Aichholzer et al., Quo vadis, Österreich.

Mittlerweile finden allerdings auch in Österreich heftige Debatten um die weitere politische Gestaltung der ökonomischen, sozialen und kulturellen Folgen der Krise statt. Die Akzeptanz der von der Regierung vorgegebenen Begründung, v. a. die ältere Bevölkerung schützen zu wollen, erodiert zugunsten der eigenen v. a. ökonomischen Sicherheit. In den damit verbundenen Konflikten wird die Spannung zwischen Freiheit und Sicherheit ausgehandelt. Freilich kann das Bedeutungsspektrum dessen, was dabei jeweils mit Freiheit gemeint ist, schillern. Welche Freiheit wird angestrebt? Demokratische Grundfreiheiten? Die Freiheit zu Konsum und Freizeitgestaltung? Die Freiheit der Märkte? Die Religionsfreiheit? Dasselbe gilt für die Sicherheit: Ist die Sicherheit der individuellen Gesundheit, die Sicherheit der Gesundheitssysteme, die Sicherheit besonders gefährdeter Gruppen, die Sicherheit des Arbeitsplatzes oder eine Grundsicherung für alle gemeint? Diskutiert wird mehr oder weniger explizit, ob und wie weit der Staat die Freiheit einschränken darf oder kann und für welche Sicherheiten er verantwortlich ist. Dabei zeigen sich dann auch die entsprechenden weltanschaulichen und politischen Orientierungen.

Aus religionssoziologischer Sicht werden in diesen Unterschieden auch christlich-konfessionelle Prägungen erkennbar. So zeigte bereits die Europäische Wertestudie 2008–2010, dass sich die sogenannte normativ-religiöse Dimension signifikant auf alle anderen Werthaltungen auswirkt – selbst dann, wenn Menschen keiner Kirche mehr angehören.⁸ Dies bedeutet, dass Menschen mit stark ausgeprägtem religiösem Selbstverständnis höhere Werte beim Autoritarismus sowie bei der Ablehnung von Fremden und kultureller Heterogenität aufweisen: Einstellungen, die die Freiheit der Anderen geringer schätzen. Diese Zusammenhänge sind bei Orthodoxen am stärksten, bei Protestantinnen und Protestanten am geringsten ausgeprägt. Personen mit katholischem Selbstverständnis finden sich hier in der Mitte. Hier spiegelt sich nicht nur das jahrhundertlange Zusammenspiel von Thron und Altar, sondern auch die jeweilige christlich-konfessionell verschiedene Wertschätzung von Freiheit wider. Österreich ist in seinen Einstellungen gegenüber der Freiheit nach wie vor dominant katholisch geprägt: Einheit und Solidarität haben praktisch Vorrang vor der Freiheit.

8 Vgl. Halman/Arts, *Value Research and Transformation in Europe*, 79–99.

2.2 Gesundheit versus Tod

Mit einem Schlag hat die Pandemie die Themen Sterben und Tod aus ihrer kulturellen Tabuisierung und Verdrängung in westlichen Gesellschaften an die Oberfläche katapultiert. Zwar ist der Tod dauerpräsent in Kino und Film, in den Medien, in den Verkehrs- und Grippestatistiken oder an den Grenzen Europas, wo jährlich tausende Menschen ertrinken. Doch dies sind die Tode der abstrakten Anderen, die die Mehrheit weitgehend unberührt lassen. Jetzt ist der Tod in die persönliche Nähe gerückt – nicht zuletzt durch die Angstbilder aus Italien, Spanien und Lateinamerika und eine Politik der Angst („Bald wird jeder jemanden kennen, der an Corona gestorben ist.“).

Unsere Gesellschaft ist schlecht auf Szenarien kollektiven Leidens und Sterbens vorbereitet. Das Leben soll mittels Gesundheitsoptimierung, Medizin und Technik verlängert, d. h., der Tod soll so lange wie möglich hinausgeschoben werden. Millionen Euros werden in die Intensivmedizin am Ende des Lebens gepumpt. Jeder Tod gilt der Medizin als Versagen. Vielen gilt ein von Krankheit, Leid und Tod gezeichnetes Leben als nicht mehr lebenswert. Im Unterschied zu anderen europäischen Ländern ist der aktiven Sterbehilfe in Österreich rechtlich noch ein Riegel vorgeschoben, aber die Stimmung könnte mit fortschreitender Alterung der Gesellschaft kippen. Gestorben wird vielfach einsam, Tote werden aus der öffentlichen Wahrnehmung entsorgt. Der Tod gilt als ungehörig und schmutzig und wird ausgebürgert.⁹

Hinter diesen Entwicklungen lassen sich jahrzehntelange Verschiebungen in den Werthaltungen beobachten, die immanenten Werten einen immer höheren Wert geben. So stieg in Österreich die Zustimmung zu dem Satz „Für mich trägt das Leben seinen Sinn in sich selbst“ von 74 Prozent (1999) auf 82 Prozent (2018). Der Überzeugung, dass „das Leben letztlich durch die Gesetze der Natur bestimmt“ wird, stimmten 1999 76 Prozent zu, 2018 waren es 80 Prozent.¹⁰ Demgegenüber haben religiöse Weltdeutungen seit Jahrzehnten an Bedeutung verloren. An einen Gott, der sich „mit jedem Menschen persönlich befasst“, glauben 44 Prozent der Befragten; selbst unter den Katholiken stimmen hier nur mehr 47 Prozent zu. 47 Prozent der Österreicherinnen und Österreicher sind der Ansicht, dass

9 Siehe Ariès, Geschichte des Todes. Wohl gibt es die Hospizbewegung, aber jene Unternehmungen, die sich für ein humanes Sterben engagieren, sind keinesfalls flächendeckend von Relevanz.

10 Vgl. Polak/Seewann, Religion als Distinktion, 115.

„es einen Gott gibt, der sich in Jesus zu erkennen gegeben hat“ (1999: 60 Prozent). 35 Prozent glauben, dass „die Zukunft im von Jesus Christus verkündeten Reich Gottes liegt“ (1999: 41 Prozent).

Diese Werteverschiebung von einer religiös konnotierten Transzendenz zur Immanenz wurde bereits 1996 von Marianne Gronemeyer beschrieben: Die Erschütterung durch die Pest im 14. Jahrhundert setzte eine Bewegung in Gang, die dazu führte, dass in der Moderne „das Leben als letzte Gelegenheit“ wahrgenommen wird. Alles Glück muss daher in einem endlichen Zeitraum erreicht werden. Der Glaube an ein sinnerfülltes Leben nach dem Tod wird schwach und diffus. Diese Tendenzen werden auch aktuell in den Einstellungen zu Gesundheit und Tod erkennbar.

So hat der Wert der Gesundheit in den vergangenen Jahren den Stellenwert eines nahezu moralischen Imperativs bekommen. Der Einzelne ist verpflichtet, sich permanent um die Optimierung seiner physischen, psychischen und sozialen Gesundheit zu kümmern, und muss im Fall des Scheiterns und Versagens Rechenschaft abgeben. Gesundheit gilt als Faktor des Sozialkapitals wie auch als Produktivitätsfaktor in Unternehmen. Im „Werte-Index Deutschland“ ist Gesundheit der wichtigste Wert.¹¹ Dies wird in Österreich wohl nicht sehr viel anders sein, wie schon in der Alltagssprache deutlich wird: „Hauptsach’ g’sund“ wünscht man sich nicht nur zu Geburtstagen.

Demgegenüber erleben die Vorstellungen über ein Weiterleben nach dem Tod in Österreich seit Jahren massive Transformationen. So stieg zwar die Zahl jener Menschen, die an ein Weiterleben nach dem Tod glauben von 44 Prozent (1999) auf 53 Prozent (2018). An den Tod als Übergang zu einer anderen Existenz glauben 2018 sogar 58 Prozent (1999: 50 Prozent); bei den Konfessionslosen steigt die Zustimmung von 29 Prozent (1999) auf 41 Prozent (2018). Aber dies lässt sich wohl eher durch die demographische Dominanz einer alternden Bevölkerung erklären. Auch die Jenseitsvorstellungen werden zunehmend unbestimmter. An die Auferstehung im christlichen Sinn glauben nur mehr 41 Prozent der Befragten, selbst unter Katholikinnen und Katholiken ist dies mit 51 Prozent nur die Hälfte der Menschen mit konfessionellem Selbstverständnis.¹²

11 Vgl. Kantar, Werte-Index 2020.

12 Vgl. Polak/Seewann, Religion als Distinktion, 114–115.

2.3 Autoritarismus versus Demokratie

Wer sich mit der Neigung zu autoritären Einstellungen in Österreich befasst hat, wird sich nicht gewundert haben, wie rasch und folgsam die Maßnahmen der Bundesregierung anerkannt wurden. Während sich die deutsche Bundeskanzlerin für die Einschränkung demokratischer Grundrechte entschuldigte, fand man sich in Österreich rasch dem Vorwurf des Egoismus und der Illoyalität ausgesetzt, wenn man die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen kritisierte.

Die Europäische Wertestudie belegt für Österreich im Langzeittrend eine stabile Unterstützung von autoritären Einstellungsmustern, u. a. stimmen 23 Prozent der Befragten vollkommen der Aussage zu, dass dort, wo strenge Autorität ist, auch größere Gerechtigkeit herrscht.¹³ Andere Studien beschreiben sogar einen Zuwachs an autoritären Haltungen zwischen 2007 und 2017, konkret sei der Wunsch nach einem starken Führer und das Bedürfnis nach einer Law-and-Order-Politik gestiegen.¹⁴ Besonders ausgeprägt ist der Autoritarismus bei älteren Personen, Menschen, die sich im rechten ideologischen Spektrum verorten, und Menschen mit geringer formaler Bildung sowie bei Menschen mit türkischem und ex-jugoslawischem Migrationshintergrund. Überdies gehört Österreich im westeuropäischen Vergleich zu den Ländern mit starkem Autoritarismus. Dies gilt auch für das Ausmaß fremdenfeindlicher und muslimfeindlicher Einstellungen, die sich in Österreich auf konstant hohem Niveau halten¹⁵ bzw. sogar steigen.¹⁶

Im Verein stellen Autoritarismus und Fremdenfeindlichkeit jedenfalls ein Risiko für die Demokratie dar. Denn Ablehnung von Vielfalt, die sich mit Anpassungswünschen verbindet und politisch durchgesetzt werden soll, ist eines der wesentlichen Charakteristika einer antidemokratischen, ja sogar rechtspopulistischen Haltung.¹⁷ Dass solche Einstellungen mittlerweile nicht nur an den Rändern zu finden sind, sondern die Mitte der Gesellschaft erreicht haben und gleichsam normal geworden sind, sollte hellhörig machen. Daran ändert auch die hohe Zustimmung zur Demokratie¹⁸ als solcher wenig, da diese durch Rechtspopulisten umgedeutet zu

13 Vgl. Aichholzer, Diversität und Solidarität, 176–186.

14 Vgl. SORA: NS-Geschichtsbewusstsein und autoritäre Einstellungen in Österreich, 183.

15 Vgl. Aichholzer, Diversität und Solidarität, 184–189.

16 Vgl. Aschauer, Einstellungen zu Muslimen in Österreich.

17 Vgl. Müller, Was ist Populismus?

18 Vgl. Hajdinjak/Glavanovits/Kritzinger, Politik und Demokratie, 143–155.

einem Vehikel der Durchsetzung antidemokratischer Interessen werden kann.

3. Theologische Reflexionen

Was haben diese empirischen Skizzen nun mit der These eines Mangels an Transzendenzvermögen und -spannweite zu tun, der sich auf die Wahrnehmung und den Umgang mit der Covid-19-Pandemie auswirken wird?

Alle drei Wertefelder zeigen eine geringe Transzendenzspannweite in der Wahrnehmung und im Umgang mit der Welt. Die Bereitschaft und das Vermögen, über die eigenen Interessen, die eigene soziale Gruppe oder das eigene Land hinaus zu denken, sind gering. Es dominieren die „kleinen Transendenzen“ (Thomas Luckmann), also Werthaltungen, die sich auf das eigene Leben und die nähere Umwelt (Familie, Freunde, Österreich) beziehen. Größere Transendenzen wie ein europäischer, gar globaler Horizont sind schwach ausgeprägt.¹⁹ Der Glaube an Gott ist weitgehend privatisiert.

Im Weiteren erläutere ich meine These anhand der drei Wertefelder und unterziehe sie einer theologischen Kritik. Denn Werte an sich sind, wie bereits erwähnt, zunächst weder gut noch böse. Sie bedürfen einer ethischen Reflexion und erschließen ihre ethische Relevanz erst mit den Bedeutungen und Handlungen, die sich mit ihnen verbinden.

3.1 Sicherheit versus Freiheit

Der Wert der Sicherheit ist *eo ipso* nicht besonders transzendenzförderlich, da er ja gerade darauf zielt, den jeweiligen sozialen, kulturellen und ökonomischen Status quo zu erhalten. Freiheit kann, muss aber nicht notwendig mit Transzendenz verbunden sein. Ist der Freiheitsbegriff z. B. auf das Verständnis reduziert, den eigenen Willen unbeschränkt durchsetzen zu können, beschränkt sich etwaiges Transzendieren desgleichen nur auf solches, das dabei hilft, eigene Interessen durchzusetzen.

Nur eine als konstitutiv soziale Kategorie verstandene Freiheit, die immer auch und zuerst die Freiheit des Anderen im Blick hat, weitet den Horizont der Transzendenz. Freiheit in diesem Sinn ist die Bedingung der

19 Vgl. Hajdinjak/Glavanovits/Kritzingner, Österreich und die Europäische Union, 206–241.

Möglichkeit, sich auf eine Fülle von Handlungsmöglichkeiten zu beziehen und daraus ethisch verantwortet wählen zu können. Dann birgt sie das Potential grenzüberschreitenden Transzendierens.

Der Blick auf die Prioritäten im Kontext der Covid-19-Pandemie zeigt freilich, dass die Freiheit der Anderen – der Armen, der Marginalisierten, der Flüchtlinge – nur für eine Minderheit bedeutsam ist. Zuerst wird um die eigenen Interessen gekämpft. Selbst dort, wo z.B. Migrantinnen und Migranten in den Blick kommen – man denke an die ausländischen Pflegekräfte oder die Erntearbeiter –, geschieht dies nicht um deren Freiheit, sondern um der Interessen der eigenen Bevölkerung willen. So bezieht sich der Rekurs auf Freiheit vor allem auf eingeschränkte Wirtschaftsinteressen und bleibt innerhalb der Systemlogik. Widerstand gegen staatliche Maßnahmen zeigt sich interessanterweise auch in Milieus, die tendenziell rechtspopulistisch sind und zu Verschwörungstheorien neigen. Zeigt sich in deren abstrusen Theorien eine gefährliche Zerrform jener Wertespannung, in der sich das Gefühl der Freiheitsberaubung und der Wunsch nach Sicherheit und Kontrolle verschränken? Auf krude Weise transzendieren ausgerechnet Verschwörungstheoretiker die Situation, indem sie diese zu interpretieren versuchen. Die technokratischen, systemimmanenten Lösungen scheinen ihnen zu wenig Sinn anzubieten. Es mangelt diesen an Transzendenz.

Freiheit als Gabe und Aufgabe des Menschen, die je eigenen Lebensmöglichkeiten und die der Anderen ethisch zu verantworten und damit die je konkrete Lebenssituation auch kritisch-denkend zu transzendieren, kommt jedenfalls in den dominanten öffentlichen Diskursen nur wenig in den Blick. Es sind die Visionäre und Zukunftsdenkerinnen und -denker, die solches im zivilgesellschaftlichen Raum versuchen, denen aber oft rauher Wind entgegenschlägt.²⁰

3.2 *Gesundheit versus Tod*

Auch der Wert der Gesundheit birgt derzeit wenig Transzendenzpotential. So wird z.B. der Möglichkeit, im Covid-19-Kontext darüber nachzudenken, wie man der Erfahrung von Leid, Not und Elend gerecht werden oder einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff entwickeln kann, der auch psy-

20 In der „Presse“ und im „Kurier“ stößt man immer wieder auf Beiträge, die die Wünsche und Ideen einer paradigmatischen Veränderung nach der Pandemie kritisieren und sogar verächtlich machen.

chosoziale und spirituelle Dimensionen der Krise mitbedenkt, nur in einschlägigen Institutionen wie der Caritas, der Diakonie, in Qualitätsmedien oder im marginalen Public-Health-Diskurs Raum gegeben. Alles wird in den Dienst der Sicherung des biologischen Lebens gestellt.

Nicht ohne Grund hat Giorgio Agamben daher darauf hingewiesen, dass das Einzige, was uns im Westen noch an Werten verbindet, das nackte Überleben ist. Eine Gesellschaft, die nur mehr im Ausnahmezustand lebt, kann ihm zufolge nicht mehr frei sein.²¹ Was drastisch klingt, lässt sich aber mit der ausständigen Antwort auf folgende Frage belegen: Für welchen anderen Wert wäre ein Land bereit, die gesamte gesellschaftliche Ordnung über Jahrzehnte hinweg nachhaltig zu erschüttern? Der Klimawandel, der nach wie vor die weitaus größere Krise darstellt, führt nicht einmal annähernd zu ähnlichen gesellschaftlichen und politischen Reaktionen. Solche würden einer anderen Transzendenzspannweite bedürfen.

Aus theologischer Sicht ist Gesundheit kein Terminalwert, d.h. kein Zweck, den man um seiner selbst willen anstrebt. Vielmehr handelt es sich um ein vorsittliches Gut, das um größerer und ethisch begründbarer Werte willen zu pflegen ist, z.B. um des Einsatzes für Freiheit, Gemeinwohl, Gerechtigkeit und Frieden willen. Aus theologischer Sicht ist der gesunde Mensch nicht wertvoller als der kranke. Das Gut der Gesundheit ist ethisch reflektiert in eine verhältnismäßige Relation zu anderen Gütern und Werten zu setzen. Von solchen Debatten war freilich nur in Expertenzirkeln zu hören.

Zum Primat der Gesundheit gehört die Angst vor dem Tod, wobei der Kampf gegen diesen nahezu den Charakter religiöser Huldigung hat. Gebannt starren wir täglich auf die Zahlen der Covid-19-Toten. Die Toten, die infolge der Kollateralschäden im Gesundheitssystem sterben, bleiben merkwürdig ausgeblendet (z.B. Suizide, Herzinfarkte usw.). Diese Fixierung hängt eng mit der Reduktion des Freiheitsverständnisses zusammen. Denn die Freiheit, die theologisch eben nicht nur eine Freiheit von Beschränkungen, sondern vor allem eine Freiheit für etwas ist, ist eng mit dem Tod verbunden. Die Freiheit zum Leben schließt die Freiheit zum Sterben mit ein. Dient die Freiheit nur zur Absicherung des je Eigenen, dann wird der Tod zum ultimativen Feind. Sie verliert jegliche Transzendenz und der Tod mutiert zur nahezu religiösen Transzendenz als letztem Herrscher über das Leben, der besiegt werden muss. Der Zielkonflikt, der sich aus dieser engen Verbindung zwischen Freiheit und Tod ergibt, wird sodann zuungunsten der Freiheit aufgelöst. Die Vorstellung von einem

21 Siehe Agamben, Nach Corona.

Weiterleben nach dem Tod ist sichtlich nicht stark genug, der Angst vor dem Tod standzuhalten. So erweisen sich die aktuellen Jenseitsvorstellungen als schwache Transzendenzen, besiegt von der Angst vor dem Tod. Die Vorstellung, dass nur ein gesundes Leben ein lebenswertes Leben ist, wird zum immanenten Transzendenzersatz.

3.3 *Autoritarismus versus Demokratie*

Schließlich würgt auch der Autoritarismus das Transzendenzstreben von Menschen ab. Versteht man unter Autoritarismus das Ablehnen von Vielfalt, das Durchsetzen eigener Interessen mit Macht und Gewalt statt durch Partizipation sowie das Vorrecht des Stärkeren und Erfolgreicheren, die eigenen Interessen durchzusetzen, dann ist Transzendenz auch gar nicht mehr nötig. Der Andere soll ja gerade nicht als Anderer in den Blick kommen. Die Herrschaft des Stärkeren entlastet mich von meiner Freiheit zur Wahl und lässt sodann auch das Denken erodieren. Autoritarismus macht einfallslös und dumm. Viel zu gefährlich wäre das eigenständige, die selbstverständlichen Gegebenheiten transzendierende Denken. Zugehörigkeit und Sicherheit stehen auf dem Spiel. Deshalb führt selbst die Entdeckung, dass Regierungen Fehler gemacht haben könnten, nicht notwendig zum Widerstand: Man müsste sich eingestehen, dass man sich im Vertrauen geirrt hat, und die eigene Freiheit wagen. Das Denken mutiert dann zur Selbstrechtfertigung, aber nicht darüber hinaus.

Hinzu kommt jene seltsame Versuchung und Neigung des Menschen, in der Hoffnung auf Schutz die eigene Freiheit aufzugeben und sich anderen unterzuordnen. Dieses Phänomen hat soziale und psychologische, aber auch spirituelle Wurzeln. Denn am Ende kann auch Gott als höchste Schutzmacht in den Blick kommen, der man sich unterwirft.

Mit der Transzendenz Gottes, wie sie in der Bibel beschrieben wird, hat dieser Gott freilich nur sehr wenig zu tun. Er ist bestenfalls ein höchster Gedanke, eine Idee, eine Vorstellung, die man sich aus psychohygienischen Gründen ausdenken mag zum Zwecke des Trostes und der Sicherheit. Die lebendige Transzendenz Gottes hat aus christlicher Sicht andere Eigenschaften. Dieser Gott ermächtigt und beruft zur Freiheit, mutet dem Menschen Freiheit zu und verpflichtet ihn zur Wahl zwischen Gut und Böse. Er lässt den Menschen als sein Abbild teilhaben an seinem Geist und befähigt ihn, die eigenen Verhältnisse zu transzendieren: sie kritisch zu befragen und Alternativen zu entwerfen, Visionen zu kreieren, Gesellschaft zu gestalten entsprechend der Normen und Rechte, die er offenbart hat. Die damit verbundene Praxis bedarf freilich in jeder Generation der Inter-

pretation des Glaubens durch Praxis und Theorie. Um den Glauben zu realisieren, braucht es also Akte des Transzendierens dessen, was unmittelbar vor Augen liegt.

Theologisch hat die Fähigkeit zur Transzendenz demnach ihre Quelle in der Transzendenz Gottes, die sich dem Menschen in der Offenbarung zu erkennen gegeben hat. Zugleich bleibt sie dem Menschen entzogen und ist niemals zur Gänze zu erfassen. Aus dieser unüberwindbaren Differenz zwischen Immanenz und Transzendenz entspringt aus christlicher Sicht die menschliche Fähigkeit zur Transzendenz, die alle irdischen Gegebenheiten denkerisch überschreiten kann.

Daher ist die Bibel durchzogen von einer fundamentalen Skepsis gegenüber allen Autoritäten – religiösen wie politischen –, die sich anmaßen, Menschen in ihren Dienst zu stellen und über sie zu herrschen. Sie können nämlich die Dynamik der Transzendenz blockieren. Das ureigenste Mandat der Kirche im politischen Raum ist demnach auch der Schutz der menschlichen Transzendenz²² vor dem Zugriff irdischer Autoritäten (im Idealfall auch der kirchlichen). Auch kein Virus und schon gar nicht der Tod dürfen deshalb über Menschen herrschen. Der Rekurs auf die Transzendenz Gottes sichert daher die Transzendenz des Menschen. Im Glauben an die Auferstehung wird dem Menschen dazu die Hoffnung gegeben, dass selbst der Tod keine Macht mehr über den Menschen hat. Er ist zu einer grenzenlosen Transzendenz befähigt – freilich immer in Relation zu Gott und seinem Ethos. Hier läge die theologische Wurzel, auch angesichts der Bedrohungen durch eine Pandemie und deren Folgen auf die Krise in Freiheit und mit systemischen Paradigmenwechseln zu reagieren.

4. Konsequenzen für die Wahrnehmung und den Umgang mit der Covid-19-Pandemie

Ob die Pandemie als jene Art von Disruption wahrgenommen wird, die es ermöglichen kann, die Krise als Lernort oder gar als Möglichkeit zu einem Paradigmenwechsel gesellschaftlicher Ordnung zu interpretieren, ist derzeit offen.

22 „Die Kirche, die in keiner Weise hinsichtlich ihrer Aufgabe und Zuständigkeit mit der politischen Gemeinschaft verwechselt werden darf, noch auch an irgendein politisches System gebunden ist, ist zugleich Zeichen und Schutz der Transzendenz der menschlichen Person.“ Gaudium et Spes, 76.

Wohl werden Werteverstärkungen stattfinden. Aber wie intensiv und nachhaltig diese sind, wird sich erst in den nächsten Monaten und Jahren zeigen. Auch die Finanzkrise 2008 hat ihre ökonomischen, politischen, sozialen, kulturellen und religiösen Auswirkungen erst Jahre später entfaltet: die Durchsetzung des neoliberalen Paradigmas, wachsende Arbeitslosigkeit, Armut und Ungleichheit, die Entstehung prekärer Arbeitsverhältnisse, der Aufstieg der rechtspopulistischen Parteien, die Entstehung des Feindbildes des Islam.²³ All diese Entwicklungen waren weder notwendige noch zwangsläufige Folgen, sondern basierten auf ethischen Entscheidungen. Diese wiederum wurden durch bereits existierende Werthaltungen geprägt, die die Weichen für ethische Entscheidungen stellten. Daher muss an dieser Stelle erneut daran erinnert werden, dass Krisen – gleich welcher Art – zuinnerst mit der ethischen Verantwortung von Menschen und insbesondere von Verantwortungsträgern verbunden sind.

Ein historischer Blick auf die Folgen von Krisen globalen Ausmaßes weckt gemischte Gefühle. Zum einen folgten dem mörderischen zivilisatorischen Abgrund des 20. Jahrhunderts die Errichtung der Europäischen Union, die Einrichtung internationaler Organisationen und die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Gleichwohl wird niemand hoffen können, dass die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auch nur annähernd jenes katastrophische Ausmaß haben, das diese Entwicklungen in gewisser Weise möglich gemacht hat – abgesehen davon, dass diese positiven Lerneffekte auch nur den Westen Europas und die USA betroffen haben. Die Mehrzahl globaler Krisen und insbesondere Seuchen hatte neben einigen positiven Folgen vor allem politisch und weltanschaulich ambivalente und kriegerische Auswirkungen. So war die Spanische Grippe ein wichtiger Faktor bei der Entstehung des Faschismus in Europa, da diese, neben den Leiden des Krieges, den damals Herrschenden die Legitimationsgrundlage entzogen hatte. Die Pest wiederum ließ den Glauben an einen von einem guten Gott geordneten Kosmos erodieren und bildete für das damalige christlich dominierte Europa den Startschuss für jene Weltsicht, der zufolge der Tod fortan nicht durch den Glauben an Transzendenz, sondern durch Naturwissenschaft, Technik und Medizin besiegt werden soll.

So befreiend die Entwicklungen hin zu immanenten Problemlösungen waren – auch jeder gläubige Mensch wird wohl froh sein, dass er durch die Medizin gerettet werden kann –, so hat die Dominanz des Glaubens an die Immanenz doch heute ein meiner Wahrnehmung nach bedrohliches Ausmaß erreicht. Theologisch ist es zu begrüßen, dass die Autonomie der

23 Vgl. Kershaw, Achterbahn, 673–740.

Wirklichkeit heute so hohe Wertschätzung erfährt und damit die Macht und Verantwortung der menschlichen Vernunft ernst genommen wird. Gleichwohl hat ebendiese Rationalität einer absoluten Autonomie auch in die Abgründe des 20. Jahrhunderts geführt. Das Streben, den neuen, vollkommen autonomen und starken Menschen mit den Mitteln von Politik, Technik, Wissenschaft und Ökonomie zu schaffen, liegt auch dem Faschismus und den totalen Systemen des Nationalsozialismus und des Kommunismus zugrunde. Aus theologischer Sicht kann Autonomie immer nur in Relation menschen- und lebensfreundlich bleiben: relativ zu den Anderen, relativ zu Gott.

Nun wiederholt sich Geschichte zwar, wenn überhaupt, nach Karl Marx immer nur als Farce, d. h., man greift in der Wahrnehmung und im Umgang mit neuen Herausforderungen auf Deutungen und Maßnahmen der Vergangenheit zurück (z. B. Antisemitismus, Nationalismus, Rassismus). Aber man sollte sich nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Strukturen, die Rationalität und teilweise auch die Werte, die zu den großen Totalitarismen geführt haben, auch heute nicht zur Gänze verschwunden sind. So weist Vilém Flusser nach, dass „Auschwitz kein Verbrechen im Sinne eines Regelbruchs war, sondern dass die Regeln unserer Kultur dort konsequent angewandt wurden [...]. Auschwitz war ein perfekter Apparat, der nach den besten Modellen des Westens hergestellt worden war und funktioniert“²⁴.

So birgt die hohe Wertschätzung, die der Wert der Gesundheit heute erfährt, als Schatten nach wie vor die gefährliche Idee des unwerten Lebens; die Reduktion von Freiheitsvorstellungen auf die Durchsetzung persönlicher Interessen und der Autoritarismus im Verein mit dem Wunsch nach der Exklusion von Fremden können an den Willen zur Macht ebenso erinnern wie an die rassistischen Grundlagen der Schoah. Es sind auch nicht nur die „Ewiggestrigen“, die solche Werthaltungen teilen. In den Perfektions- und Optimierungsvorstellungen moderner Gesellschaften, im Wunsch, auch die Folgen der Pandemie zu „bewältigen“ und Macht und Kontrolle wiederherzustellen, können auch dunkle Schatten wohnen. Nicht zuletzt ist der Mangel an Transzendenzvermögen und -spannweite kein gutes Vorzeichen für einen lernenden und Paradigmen erweiternden Umgang mit der Pandemie. Stattdessen setzt man auf die Lösung durch technokratische Methoden: evidenzbasierte Systemmodelle, Datenmodellierung und digitale Kontrolle sollen unsere Sicherheit wiederherstellen. Wie tief der technokratische Geist in die Bevölkerung eingedrungen ist,

24 Flusser, *Der Boden unter den Füßen*, 13.

zeigt sich auch in der Sprache, wenn ohne Zögern und Nachdenklichkeit vom „Hochfahren“²⁵ all unserer Lebensbereiche – Schulen, Gasthäuser, Unternehmen – gesprochen wird. Der Philologe Viktor Klemperer hat eindrücklich gezeigt, wie die metaphorische Übertragung technischer Begriffe auf menschliche Vollzüge diese mechanisierte und zur Praxis der Entmenschlichung des Nationalsozialismus gehörte.²⁶

Selbstverständlich möchte ich mit diesen Überlegungen weder die Naturwissenschaft, die Medizin noch die Technik desavouieren. Komplexe Systeme wie moderne Gesellschaften sind aus Gründen der Verantwortung für ihre Bevölkerung auf deren Expertise angewiesen. Sie können das Leben erleichtern. Mir ist auch bewusst, dass es auch unter Menschen, die auf diese Lösungen setzen, große Humanistinnen und Humanisten gibt, die tatsächlich aus dieser Krise lernen und die Gesellschaft zum Humaneren verändern wollen und werden.

Gleichwohl möchte ich aber für den Wertekontext sensibilisieren, in den Technokratie, Naturwissenschaft und Medizin heute eingebettet sind. Manchmal bin ich dann, ehrlich gesagt, froh, dass die Nationalsozialisten nicht jene systemtechnischen Kenntnisse hatten, über die wir heute verfügen.

Wir sollten also weder die historischen und aktuellen Prägungen durch Werthaltungen unterschätzen noch die derzeit mit diesen verbundene Immanenzfixierung. Naturwissenschaftliche Kenntnisse, medizinisches Wissen und technokratische Methoden bedürfen der Einbettung in menschliche Prozesse des Transzendierens der Gegebenheiten, mit denen sie zu tun haben. Kurz: Sie müssen reflektiert und bedacht werden.

Dazu bedarf es bei der Suche nach Lösungen aus der Covid-19-Krise auch der Teilhabe jener Lebens- und Gesellschaftsbereiche, die derzeit als Lösungspartner nicht einmal in Betracht gezogen werden: Kultur, Kunst, Geisteswissenschaft, Philosophie, Ethik, Religion. Der Umgang mit ihnen ist kein gutes Zeichen. Warum holt man sie nicht aktiv mit ins Boot bei der Suche nach einem Leben in und mit der Krise?

Derzeit rechne ich damit, dass es massive Kämpfe um die Deutung der Krise und die Mittel ihrer Lösung geben wird. In einer Demokratie ist dies auch notwendig und sinnvoll. Auf einer Wertebasis freilich, die der Sicherheit vor der Freiheit Vorrang gibt, Gesundheit als absoluten Wert und autoritäre Mittel als geeignete politische Maßnahmen betrachtet, bin ich mit Blick auf die Zukunft eher skeptisch.

25 Polak, „Hochfahren“.

26 Vgl. Klemperer, LTI.

Ich wünsche mir, dass wir das Risiko der Transzendenz eingehen. Dazu muss man nicht notwendigerweise an Gott glauben.²⁷ Aber über den eigenen persönlichen, nationalen Horizont zu schauen und internationale Kooperation statt Konkurrenz zu fördern, wären schon eine enorme Weitung der aktuellen Transzendenz.

Als Theologin kann ich daran erinnern, dass auch die Imperien der Vergangenheit, in denen die biblischen Texte entstanden sind (Ägypten, Babylon, Rom), in sich geschlossene, immanentistische Systeme waren. Beeindruckend waren ihre ökonomischen, kulturellen und religiösen Errungenschaften. Aber sie kreisten um sich selbst. Religion diente der Legitimation der eigenen Ordnung. Sie hatten keinen Bestand.

Der Gott, der in den biblischen Texten bezeugt wird, sprengt diese Ordnungen. Er entzieht sich der menschlichen Verfügbarkeit und lässt sich als Herr der Geschichte erkennen. Er macht jeden einzelnen Menschen zum Partner in dieser Geschichte und stellt sich auf die Seite der Schwächsten und Opfer der imperialen Gesellschaften. Er befreit aus den selbstbezogenen Kreisen und eröffnet eine Transzendenz, die den Raum weitet und die Zukunft nach vorne hin öffnet. Jeder und jede kann in seiner/ihrer Einzigartigkeit und Würde an der Gestaltung der menschlichen Geschichte teilhaben, getragen von der Zusage, in der umfassenden Transzendenz Gottes geborgen zu sein. Dies ist die Glaubenserfahrung, die die Verfasser der biblischen Texte bezeugen. Sie entstand inmitten von Dauer-Krisen: inmitten von Flucht und Vertreibung, in Exil und Diaspora. Katastrophen und Krisen waren der Lernort des biblischen Glaubens.

27 Aus theologischer Sicht ist der Glaube ein Geschenk der Gnade Gottes und kann nicht durch willentliche Entschlüsse allein oder gar Zwang erzeugt werden; er obliegt der freien Wahl von Menschen, die sich dafür entscheiden können, das Angebot Gottes anzunehmen. Wenn aus theologischer Sicht der Glaube an Gott zwar heilsnotwendig ist, so können wir im irdischen Leben doch den Wunsch nach Transzendenz an andere Menschen nicht an den Glauben binden. Auch Menschen ohne religiöses Selbstverständnis sind fähig und willens zur Transzendenz. Aus theologischer Sicht ist ihnen dies durch Gott ermöglicht. Dieser Satz ist daher empirisch und nicht theologisch zu interpretieren und drückt den Respekt vor dem Selbstverständnis von Menschen aus.

Literatur

- Agamben, Giorgio: Nach Corona. Wir sind nur mehr das nackte Leben, in: <https://www.nzz.ch/feuilleton/giorgio-agamben-ueber-das-coronavirus-wie-es-unsere-gesellschaft-veraendert-ld.1547093> [21.05.2020].
- Aichholzer, Julian: Diversität und Solidarität: Der Umgang mit sozialer Vielfalt und sozialer Zusammenhalt in Österreich, in: Ders. et al. (Hg.): Quo vadis, Österreich, Wien: Czernin 2019, 174–205.
- Aichholzer, Julian et al. (Hg.): Quo vadis, Österreich? Wertewandel zwischen 1990 und 2018, Wien: Czernin 2019.
- Ariès, Philippe: Geschichte des Todes, München/Wien: DTV 1980.
- Arendt, Hannah: Das Denken, in: Dies.: Vom Leben des Geistes. Das Denken. Das Wollen, Zürich: Piper ²2002, 9–240.
- Aschauer, Wolfgang: Einstellungen zu Muslimen in Österreich – Ergebnisse des Sozialen Survey 2018, in: https://aussda.at/fileadmin/user_upload/p_aussda/Documents/Einstellung_zu_Muslimen_in_Oesterreich.pdf [21.05.2020].
- Flusser, Vilém: Der Boden unter den Füßen, in: Ders.: Nachgeschichte. Eine korrigierte Geschichtsschreibung, Bensheim/Düsseldorf: Bollmann Verlag 1993, 11–16.
- Gaudium et Spes: Pastorale Konstitution über die Kirche in der Welt von heute, Vatikan 1965.
- Gronemeyer, Marianne: Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit, Darmstadt: Primus Verlag 1996.
- Hajdinjak, Sanja/Glavanovits, Josef/Kritzinger, Sylvia: Österreich und die Europäische Union, in: Aichholzer et al. (Hg.): Quo vadis, Österreich?, Wien: Czernin 2019, 206–241.
- Hajdinjak, Sanja/Glavanovits, Josef/Kritzinger, Sylvia: Politik und Demokratie: Die Österreicherinnen und Österreicher und ihr politisches System, in: Aichholzer et al. (Hg.): Quo vadis, Österreich?, Wien: Czernin 2019, 135–173.
- Halman, Loek/Arts, Will: Value Research and Transformation in Europe, in: Polak, Regina (Hg.): Zukunft. Werte. Europa. Die Europäische Wertestudie 1990 – 2010: Österreich im Vergleich, Wien: Böhlau 2011, 79–99.
- Joas, Hans/Wiegandt, Klaus (Hg.): Die kulturellen Werte Europas, Frankfurt am Main: Fischer TB 2001.
- Kantar: Werte-Index 2020, in: <https://www.kantardeutschland.de/werte-index-2020/> [21.05.2020].
- Kershaw, Ian: Achterbahn. Europa 1950 bis heute, München: Deutsche Verlags-Anstalt ³2019.
- Klemperer, Viktor: LTI – Die unbewältigte Sprache. Aus dem Notizbuch eines Philologen. Ungekürzte Ausgabe, München: DTV ³1969.
- Müller, Jan-Werner: Was ist Populismus? Ein Essay, Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp 2016.

Oxfam International: Dignity not Destitution, in: <https://www.oxfam.org/en/press-releases/half-billion-people-could-be-pushed-poverty-coronavirus-warns-oxfam> [21.05.2020].

Polak, Regina: "Hochfahren", in: <https://theocare.wordpress.com/2020/04/21/hochfahren-regina-polak/> [21.05.2020].

Polak, Regina/Seewann, Lena: Religion als Distinktion: Säkularisierung und Pluralisierung als treibende Dynamiken in Österreich, in: Aichholzer, Julian et al. (Hg.): Quo vadis, Österreich? Wertewandel zwischen 1990 und 2018, Wien: Czernin 2019, 89–134.

Rüsen, Jörn: Krise, Trauma, Identität, in: Ders.: Zerbrechende Zeit. Über den Sinn der Geschichte, Köln: Böhlau 2001, 145–179.

SORA: NS-Geschichtsbewusstsein und autoritäre Einstellungen in Österreich (2017), in: https://www.sora.at/fileadmin/downloads/projekte/2014_Presseunterlage_Geschichtsbewusstsein-und-autoritaere_Einstellungen.pdf [21.05.2020].

Die Zärtlichkeit am Ende? Apokalyptische Gefühle in der Zeit der Unberührbarkeit

Isabella Guanzini

1. Drei Diskurse für die Corona-Krise

In dieser Krisenzeit spüren wir uns noch unmittelbarer als sonst in die Welt geworfen, so als ob unsere gewöhnlichen Anhaltspunkte keinen wahren Halt mehr gewährleisten könnten. Unser gegenwärtiger Zustand ist von neuen Signifikanten geprägt (Masken, Distanz, Pandemie, Lockdown usw.) und von neuen Gegensätzen beherrscht (Infizierte/Immunisierte, Zusperrten/Aufsperrten, Ausgehen/Drinnenbleiben etc.), die neue Emotionen auslösen und unsere Vernunft und unser Empfinden berühren. Inzwischen haben koreanische Wissenschaftler*innen mit dem Begriff *corona blue* neue Formen der Depression bezeichnet, die sich von traurigen Gefühlen innerhalb des sozialen Körpers nähren. Das Virus existiert noch immer zwischen uns wie eine (un-)tote Präsenz, die zwar überlebt und sich weiter ausbreitet, ohne aber wirklich zu leben. Zwei Monate lang hat uns das Virus massiv voneinander isoliert. Dann hat sich eine neue Situation des Verdachts eingestellt, die dazu aufruft, ständig physische und symbolische Trennlinien zu ziehen, um für sich selbst eine gewisse mentale und körperliche Immunität zu gewährleisten. Wir sind einem geteilten Schicksal ausgeliefert, das nicht zuletzt eine bislang unbekannte Form der Passivität erzeugt und unsere Freiheit radikal herausfordert. Von daher spannt sich der „geworfene Entwurf“, der wir sind, gerade mit besonders unscharfen und prekären Konturen auf die Zukunft hin aus: Wir wissen eigentlich nicht, wie sich unsere Mit- und Umwelt in den nächsten Monaten oder sogar Jahren darstellen wird. Wie nie zuvor in unserer globalen Epoche bleibt unsere Mitgeschichte ziemlich offen und unbekannt.

Am Anfang der Corona-Krise wurde das Geschehen durch den *Diskurs der Wissenschaft* bzw. der Medizin beherrscht. Exakte Zahlen, Algorithmen und Grafiken wurden in unseren Alltag eingeschrieben und haben die Grundstimmung unserer symbolischen Ordnung bestimmt. Wir haben uns Virolog*innen und Epidemiolog*innen anvertraut und der Entdeckung der Impfung einen messianischen Charakter zugeschrieben.

Dann hat sich der *Diskurs der Wirtschaft* verstärkt, der unseren dramatischen sozioökonomischen Zustand zu retten versucht. Der katastrophale Effekt dieser Krise auf die Arbeitsplätze, die neue Armut, den Kollaps Europas und die Rezession, die unserer Zukunft droht, benötigen radikale Maßnahmen, die das Gesicht unserer Gesellschaften nachhaltig verändern werden. Auf dem Spiel steht dabei die Zukunft vieler (junger) Menschen und Familien, die aktuell gar keine Zukunft zu haben scheinen.

Neben diesen zwei unausweichlichen Diskursen muss sich jedoch ein neuer weitblickender *Diskurs der Politik* etablieren, der die beiden ersteren zu verknüpfen vermag. Der politische Diskurs müsste verhindern, dass die klinischen Kategorien der aktuellen gesundheitlichen Notlage sich nicht in politische Gegensätze verwandeln und ein neues Paradigma der Spaltung gestalten: *immunitas* gegen *communitas*, gesunde, junge Leute gegen kranke, alte Menschen, offene Gesellschaften gegen geschlossene Gesellschaften usw. Die eigentliche Gefahr besteht hier darin, ein neues immunologisches Paradigma zu generieren, das mit der Negativität eines Feindes operiert und von vielfältigen immunologischen Schwellen und Barrieren durchdrungen ist. Es handelt sich um die Gefahr eines immunologischen Dispositivs, das über das Biologische hinaus auf das Soziale übergreift und eine allgegenwärtige Fremdheit und Feindlichkeit ohne konkreten Feind erzeugt, sodass sich ein generelles Gefühl von Panik ausbreitet.

Jedenfalls hat die Corona-Krise den prekären Zustand unserer europäischen Demokratien deutlich zu Tage befördert: die unverzeihlich blinde und katastrophale Ausnutzung der Natur, die nationalistischen Tendenzen, die illusorische Sicherheit der Mauer, die protektionistischen Barrieren, den gesteigerten Rassismus, die noch tiefere Unsicherheit bezüglich der Arbeitsplätze für die jungen Generationen, den Erfolg der extremistischen Parteien, die emotionalen politischen Appelle, welche die Angst und den Groll unzufriedener Gesellschaftsschichten ausnutzen.

Zudem hat die Pandemie derzeitige Trends der technologischen Entwicklungen im Bereich der E-Gesellschaft (E-Commerce, E-Business, E-Learning, E-Kommunikation, E-Government etc.) so verstärkt und beschleunigt, dass sie zum Angelpunkt des gesellschaftlichen Austausches in all seinen Ausformungen geworden sind. Unbestritten ist die Tatsache, dass der virtuelle Raum keinesfalls einfacher Ersatz für unmittelbare Sozialkontakte sein kann – nicht zuletzt auch deshalb, weil er gegen das Virus nicht „immun“ ist. Gleichzeitig wird die Transformation der körperlichen Sozialkontakte, die durch die digitalen Medien abgeschwächt sind, bewusst oder unbewusst von vielen Menschen als eine Art Erleichterung wahrgenommen. Die virtuelle Realität kann tatsächlich die Belästigung und die exzessive Nähe eines realen menschlichen Wesens mit seiner spür-

baren Präsenz und seinen Wünschen, Ängsten und Obsessionen mildern, indem sie einen Sicherheitsabstand gewährleitet. Denn der Andere wird in einer Gesellschaft der Individuen rasch als Eindringling wahrgenommen, wie der Soziologe und Philosoph Georg Simmel bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts in seinen Analysen des Großstadtlebens gezeigt hat. Simmel konstatierte radikale Veränderungen im Bereich der Empfindung und Wahrnehmung, die das individuelle und überindividuelle Seelenleben in der Großstadt kennzeichnen.

Die charakteristische psychische Veränderung des modernen Individuums sieht Simmel in der „Steigerung des Nervenlebens“: Die Großstadt ist ein Kaleidoskop aus Bildern, Gerüchen, Geräuschen und Farben, die einen unaufhaltsamen Strom von Reizen bilden, vor dem sich die Subjekte in gewisser Weise schützen müssen. Der Typus des Großstädtlers reagiert auf die gefühlsmäßige Überreizung also mit einem intellektualisierenden und distanzierenden psychischen Verhalten, mit Hilfe dessen er eine Barriere zwischen sich und die Welt schiebt und alles filtert und neutralisiert, was emotional nicht verarbeitet werden kann. Es geht um die Entwicklung eines ausgefeilten Systems der verstandesmäßigen Immunisierung, die mit einer subversiven Tendenz zur Verwandlung der umgebenden Realität in etwas „Objektives“ und damit Kontrollierbares, Messbares, Berechenbares verbunden ist. Das Gefühlsleben wird gefiltert und einem Prozess der Erkaltung und Distanzierung unterworfen, was den Charakter des *homme blasé* hervorbringt, einer typischen Figur der urbanen Kultur. Darin besteht also die paradoxe psychische Wirkung des Großstadtlebens: Die Konzentration von Menschen und Dingen, die durch ständige Botschaften, Informationen und Bilder pausenlos das Gefühlsleben erregen, erzeugt den Gegeneffekt einer emotionalen Kälte, der wie ein Selbstschutz die Einwirkung der äußeren Reize dämpft und die Subjekte für die überbordende Realität unempfindlich macht. Die Grundhaltung der Großstadtbewohner*innen, die Simmel als „Reserviertheit“ und „blasierte Distanziertheit“ definiert, ist nichts anderes als eine alltägliche Einstellung zum Selbsterhalt des eigenen psychischen Gleichgewichts, die allerdings oft eine gewisse Unleidlichkeit und Aversion verhüllt.

Der slowenische Philosoph Slavoj Žižek persifliert die Ambivalenz der liberalen, toleranten Haltung, die einerseits von Offenheit und Respekt für Andersartige, gleichzeitig aber auch von großer Angst vor Belästigung geprägt ist, folgendermaßen:

„Die anderen sind in Ordnung, ich respektiere sie“, sagt der Liberale. „Aber sie dürfen nicht in meine Privatsphäre eindringen. Wenn sie das tun, dann belästigen sie mich – ich bin absolut für Fördermaßnahmen

für Minderheiten, aber ich bin nicht bereit, mir laute Rap-Musik anzuhören.“ *Das Recht, nicht belästigt zu werden, avanciert zum wichtigsten Menschenrecht in der spätkapitalistischen Gesellschaft – das Recht auf einen sicheren Abstand zu anderen.*¹

Die Pflicht zur Toleranz gegenüber dem Anderen meint in Wirklichkeit das Vermeiden von Nähe, nicht in die Sphäre des Anderen einzudringen, den gegenseitigen Respekt, dass man tatsächliche Nähe nicht toleriert. Der Andere wird angenommen und akzeptiert, solange er mir ähnlich ist. Sobald er sich in seiner realen und störenden Unterschiedlichkeit zeigt, offenbart die Rhetorik der Alterität und Toleranz ihre Heuchelei und lässt die Subjekte zum Spielball ihrer Ängste und Aggressivität werden.

Vor diesem Hintergrund kann man sich fragen, ob die Pandemie nicht etwas zum Ausdruck gebracht und radikalisiert hat, das seit langem die modernen und postmodernen Gesellschaften charakterisiert und gestaltet. Das soziale Abstandhalten, notwendig, um die Ansteckung einzudämmen, hat sich sehr schnell als „offizielles“ Gebot in den individuellen und soziopolitischen Körper eingeschrieben: Die generelle Tendenz des großstädtischen Habitus hat sich nun in ein ziviles und sogar solidarisches Sollen gewandelt, das jedoch auf Dauer eine kollektive Neigung zum permanenten Misstrauen erzeugen kann.

Notwendigerweise verschärfen die Masken und jene automatischen kleinen Abweichungen, die uns fast unbewusst in unseren Spaziergängen von den Anderen entfernen, das Gefühl, dass unser Weltumgang anders geworden ist. Der Andere verbirgt eine potenzielle Ansteckung; Nähe und Berührung sind gefährliche Gelegenheiten, auf die man verzichten muss. Von daher hat sich inzwischen eine neue „Gesellschaft des Verdachtes“ etabliert, in welcher jeder bedrohlich und niemand unschuldig ist.

Zugleich fühlen wir uns jedoch völlig auf andere angewiesen – auf die Medizin, auf die Wissenschaft, auf die Politik –, was uns jedoch gleichsam beunruhigt. Wie kann man mit dieser Ambivalenz umgehen? Wie kann man sich den anderen anvertrauen, wenn die anderen Menschen Risikofaktoren darstellen? Kann dieser Kombination von Vertrauen und Misstrauen, Sich-Anvertrauen und Argwohn ein menschenwürdiges zukünftiges Zusammenleben entspringen?

1 Žižek, Der entkoffeinierte Andere.

2. Isolation in der Isolation?

Andererseits hat die Corona-Krise auch die Hoffnung aufkeimen lassen, dass durch die Isolation neue Formen der Solidarität entstehen. In seinem im März 2020 erschienenen Buch über die Pandemie verweist der slowenische Philosoph Slavoj Žižek auf einen Gedanken von Catherine Malabou, die ebendiese Hoffnung ausdrückt: „Sozialität einzuklammern ist manchmal der einzige Zugang zur Alterität, eine Art und Weise, sich mit allen isolierten Leuten sehr eng verbunden zu fühlen.“² In ihrer Quarantäne hat die Philosophin die Isolation als eine besondere Gelegenheit genutzt, in der räumlichen Isolation auch eine persönliche Isolation bzw. eine Nähe *zu sich selbst* und ein neues Selbstbewusstsein zu erleben. In einer Art der (personalisierten) „Quarantäne in der Quarantäne“ bzw. verdoppelten Quarantäne, baute Malabou eine *insula* in der Isolation auf, in der sie sozusagen *a room of one's own* gesucht hat, um in der bereits bestehenden Trennung von der Gesellschaft allein, jedoch nicht entfremdet zu sein.

I noticed that what made my isolation extremely distressing was in fact my incapacity to withdraw into myself. To find this insular point where I could be *my self* (in two words). I am not talking here of authenticity, simply of this radical nakedness of the soul that allows to build a dwelling in one's house, to make the house habitable by locating the psychic space where it is possible to *do* something.³

Durch eine frei gewählte „Isolation in der Isolation“, d.h. einen freiwilligen Rückzug in der auferlegten Vereinsamung, konnte Malabou die Distanz von den Anderen als Moment der Entdeckung einer eigentlichen Zwischenmenschlichkeit wahrnehmen, die sie mit den anderen Einsamen verband. Ein Raum, in den niemand eintreten darf, wird zur Bedingung der Möglichkeit eines Austausches mit dem Anderen. Eine intensivierte Berührung des eigenen Selbst hat den abgeschwächten Kontakt mit dem unberührbaren Anderen verstärkt. Die räumliche Einschränkung entspricht hier keiner menschlichen Einschränkung; im Gegenteil ermöglicht sie ein Moment der „radikalen Nacktheit der Seele“, die unsere Wohnung erst für uns selbst und für die anderen bewohnbar macht.

Man könnte sich daher fragen, ob es generell bisweilen eine Unterbrechung der zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. ein Moment der bewussten Isolation bräuchte, um die Wirklichkeit der Beziehungen mit den

2 Žižek, PANDEMIC! COVID-19 Shakes the World, 98.

3 Malabou, To Quarantine from Quarantine.

anderen wahrzunehmen und wertzuschätzen. Ist es denkbar, dass das Abstandhalten und die Beschränkung der Sozialität eine unerwartete Möglichkeit des Sozialen eröffnen, und zwar gerade durch die Außerkraftsetzung seiner üblichen Formen?

Es geht um die Frage nach einer neuen Gestaltung des Sozialen, einer Transformation des Sozialen, die Malabou zufolge nur durch eine durchdachte und auf sich genommene, d.h. nicht einfach erlittene physische Distanz geschehen kann. Wenn es wahr ist, dass eine solche „aktive Isolation“ eine gute Voraussetzung für ein erneuertes Selbstgefühl und eine fruchtbare Annäherung an die eigene Welt sein könnte, bleibt es jedoch noch fraglich, ob eine derartige Selbsterkenntnis nicht erst durch eine wirklich praktizierte Mitmenschlichkeit zum Aufbau eines solidarischen Zusammenlebens führen kann. Einerseits ist das Abstandhalten in Zeiten der Pandemie ein Zeichen der Sorge und des Respekts den Anderen gegenüber; andererseits können Distanz und Angst vor der Ansteckung auch nicht der letzte Horizont unseres Weltumgangs sein. Es ist nicht möglich, ein echtes Gemeinschaftsgefühl zu generieren, wenn man um das eigene Überleben besorgt ist. Kann das Abstandhalten wirklich das letzte Zeichen der Solidarität sein?

Das eigentliche Problem entsteht gerade im Moment der Entlassung aus der Quarantäne, wenn das „quasi normale“ Leben wieder beginnt. Daniel Kuran schreibt:

Die größte Verunsicherung verursacht die Isolation nicht in der Isolation selbst, in der wir uns längst mit unseren Prinzipien eingerichtet haben, sondern in ihrer Auflösung, in der wir unseren Bereich verlassen, ohne jedoch beim anderen anzukommen und in dem Niemandsland sozialer Nicht-Begegnung stranden.⁴

Der politische Diskurs steht folglich vor der enormen Verantwortung, potenzielle Bürgerkriege, dramatische Armut und zwischenmenschliche Konflikte durch *ein neues Narrativ* zu bändigen. Dieses Narrativ muss sich real und medial in unsere Haut einschreiben, um jede Form der Panik und Resignation so früh wie möglich außer Kraft zu setzen. Dafür brauchen wir jedoch noch etwas Anderes. Etwas, das in der Lage wäre, wirklich einen neuen Anfang zu ermöglichen. Wir bräuchten einen Anfang, der nicht ausschließlich auf die Macht der großen Wirtschaftskonzerne konzentriert ist.

4 Kuran, Hegel und die Transformation von „social distancing“.

Wir brauchen einen neuen *Diskurs der Kultur*, der trotz oder inmitten der gegenwärtigen Traumata und dem Mangel an Horizonten, einen gewissen Widerstand und eine unerwartete Fantasie freizusetzen vermag – eine *Kultur der Sorge*.

3. *Zärtlichkeit des Endlichen*

Wie entwickelt sich allerdings solch eine Kultur der Sorge? Was meint dieser „Ruf der Sorge“, der in Zeiten der Bedrohung laut wird?

Ich bin davon überzeugt, dass sich aktuell die Zeit einer neuen Ästhetik eröffnet: Mit dem Begriff „Ästhetik“ beziehe ich mich nicht auf den traditionellen Bereich der philosophischen Kunstreflexion, sondern vielmehr auf die *aisthesis* als grundlegende Form der Weltwahrnehmung. Es handelt sich hierbei nicht um eine ornamentale oder einfachhin ergänzende Dimension, sondern *um die wesentliche Art des Fühlens*, die unseren Weltumgang ausmacht. Es geht um das Subjekt, um seinen Modus, die Welt und den Anderen zu fühlen, die Welt und die Anderen zu berühren und sich von der Welt und dem Anderen berühren zu lassen.

Innerhalb des ästhetischen Feldes der elementaren Beziehungen, die in der Corona-Krise zunehmend fragiler werden, scheint es notwendig, ein Kriterium zu finden, das eine gewisse Orientierung, einen neuen Horizont eröffnen könnte. Es müsste sich um ein Kriterium handeln, das die Beziehungen, welche das Subjekt in seinem Zur-Welt-Kommen konstituieren, auf ihrer elementarsten Ebene in den Blick nimmt. Für mich stellt die Zärtlichkeit solch ein Kriterium dar.

Allerdings muss man sich die Fragen stellen, ob eine Narrativität der Zärtlichkeit, die sich der romantischen Rhetorik und der überflutenden Sentimentalität entgegensetzt, heute überhaupt noch möglich ist. Nicht nur hat eine solche Rhetorik die Zärtlichkeit ihres soziopolitischen – und ich würde sogar sagen ihres mystischen – Potentials entleert; die Rede von der Zärtlichkeit scheint heute geradezu eine Provokation sein. Über die Zärtlichkeit zu sprechen klingt heute fast obszön. Roland Barthes hat einmal von der Obszönität der Liebe gesprochen – wir können nun in gleicher Weise von einer Obszönität der Zärtlichkeit reden.⁵ Die häufige Wiederholung dieses Wortes erscheint unmittelbar suspekt. Wie kann man über eine ursprüngliche Berührbarkeit des Menschen gerade in der Zeit der Unberührbarkeit sprechen? Wie kann die Zärtlichkeit ein Kriterium

5 Vgl. Barthes, *Fragmente einer Sprache der Liebe*, 180–182.

darstellen, wenn der Körper der Ansteckung ausgesetzt und dem physischen und sensiblen Kontakt entzogen ist? Wie kann man einen *Diskurs der Zärtlichkeit* anbieten, wenn man Angst vor der Nähe des Anderen hat?

Dennoch, wenn man den Mut hat, ohne Zynismus zu bedenken, dass uns eine Geste der Zärtlichkeit auf die Welt gebracht und uns eine Geste der Zärtlichkeit am Leben erhalten hat, könnte man folgern, dass *nur dank zärtlicher Gesten* das eigentliche Potential des menschlichen Lebens freigesetzt werden kann. Wie kann man die Tatsache einfach verdrängen, dass wir ihr unser In-die-Welt-Kommen verdanken? So schwierig und hart unser Auf-die-Welt-Kommen gewesen sein mag, so halfen uns doch zärtliche Gesten, uns in der Welt zurechtzufinden. Denn die Zärtlichkeit benennt meines Erachtens nicht einfach die Erfahrung eines vagen Gefühls der Empathie oder der Nähe, sondern vielmehr die sensible Geistesgegenwart für die Fragilität und Nöte des Anderen. Es geht um einen fundamentalen Modus des Fühlens, der eine elementare *Wahrnehmung der Endlichkeit und der Verletzlichkeit* aller Dinge ausdrückt. In diesem Sinne erfährt diese Kategorie nun eine neue Lesbarkeit und Intelligibilität, denn wir sind heute mit der reinen Ausgesetztheit des Lebens konfrontiert, die eine neue Art unserer geteilten Fragilität offenbart.⁶

In erster Linie verweist eine „Zärtlichkeit des Endlichen“ daher auf das Bewusstsein oder das Bewusst-Werden der feinen Konsistenz des Realen und insofern auf das elementare Gefühl der subjektiven Begegnung mit der Vergänglichkeit der Welt. Es geht um die Wahrnehmung des Endlichen als Bewusstsein seiner Verletzlichkeit und seines immer möglichen Entschwindens. Unter dem Blick der Zärtlichkeit scheint das Endliche in seiner reinen Kontingenz durch, das heißt in seinem Sein, das auch nicht sein könnte, das zwischen Identität und Zerstreuung, zwischen Beharren und Verschwinden, zwischen Kraft und Schwäche, zwischen Stabilität und Vorläufigkeit, zwischen Präsenz und Absenz oszilliert. Es handelt sich hierbei um die Ausgesetztheit eines nicht-notwendigen Seins, das sich keine Rechenschaft über sich selbst geben kann, sondern nur in Beziehung mit dem Anderen wahrnehmbar wird.⁷

Ist nicht gerade diese ängstliche Krisenzeit eine Gelegenheit, ja sogar ein Kairos, in welchem unser Da-Sein dem Tod gegenübersteht und sich damit endlich an seine eigentliche Aufgabe erinnert? Denn wir entdecken gerade im faktischen Tod des Anderen, vor allem von denjenigen, die wegen des

6 Vgl. Guanzini, Zärtlichkeit.

7 Vgl. Perone, Il soggetto della memoria, 278–289.

Coronavirus allein gestorben sind, unser eigentliches Ausgeliefertsein und unsere Sterblichkeit neu.

Man kann jedoch ebenso der gegenteiligen Meinung sein, nämlich, dass diese Zeit noch ein zusätzliches Moment jenes Prozesses der Todesverdrängung darstellt, der Philippe Airès zufolge seit mehr als einem halben Jahrtausend unsere Sterblichkeit und Kontingenz zu verheimlichen versucht.⁸ Genau in den dramatischsten Wochen der Pandemie, vor allem in unbekannten Altenheimen und in völlig überlasteten Krankenhäusern, sind viele Menschen ohne jegliche familiäre Nähe oder Begleitung in der Stille ihrer allerletzten Einsamkeit gestorben (wiewohl viele Ärzt*innen und Krankenpfleger*innen inmitten der Tragödie und im Einsatz ihrer letzten Kräfte stellvertretend auch diese tröstliche Aufgabe auf großartige Weise übernommen haben).

Der Tod war in der Coronazeit offensichtlich und diskret zugleich: Er war überall und gleichzeitig unsichtbar. Mich haben jene Bilder besonders erschüttert, die verlassene und anonyme Särge in einem Altenheimzimmer zeigten, die aufgrund des Ansteckungsrisikos niemand abholen wollte, nicht einmal die entsprechende Familie. Manchmal sind diese Särge wie Relikte einer Sintflut tagelang dort geblieben, manchmal wurden die Leichen ganz unmittelbar nach dem Tod heimlich eingäschert oder begraben. Der Tod wurde noch einmal verdrängt bzw. sofort verbrannt.

Vor diesem ambivalenten Hintergrund, wo die konkret berührbare Endlichkeit des Menschen offenbart und zugleich verschleiert oder ganz versteckt wird, kann man sich fragen, wie eine Praxis der Sorge bzw. der Zärtlichkeit möglich ist. Kann sie noch eine wirksame Gegenkraft gegen die Angst und die Melancholie der apokalyptischen Krisenzeit darstellen?

Ich denke, dass die Zärtlichkeit als eine mögliche *alternative post-säkulare Kategorie* verstanden werden kann, welche die prekäre Dimension der Wirklichkeit nicht verdrängt, ebenso wenig aber das Seiende der Bedeutungslosigkeit eines scheinbar notwendigen universellen In-das-Nichts-Gehen überlässt. Aus meiner Sicht spiegelt die Zärtlichkeit die nicht-nihilistische und nicht-dekonstruktive Seite der Wahrnehmung der Endlichkeit wider, da sie dem *Sein-Lassen* der Dinge und nicht ihrem *Sterben-Lassen* entspricht. Das bedeutet, dass der kontemplative Blick der Zärtlichkeit nicht auf die Beherrschung oder auf den Besitz der Wirklichkeit abzielt, sondern sich ihrer nicht-verfügbaren, nicht-fixierbaren, nicht-bewertbaren und nicht-objektivierbaren Seite radikal aussetzt, die sich jeder Kontrolle und jedem Unterworfensein entzieht. Deswegen gibt es ein „Glück

8 Vgl. Airès, Geschichte des Todes.

in Vergängnis“, wie Walter Benjamin rätselhaft sagen würde,⁹ das jede Idolatrie der weltlichen Macht, jeden autoritären Konsum des Seins, jede Sakralisierung des Mondänen und jede obsessive Hervorhebung des Ichs außer Kraft setzt, insofern all diese Einstellungen systematisch „eine Art von Entfremdung, die uns alle trifft“¹⁰, generieren.

4. Zärtlichkeit ohne Hände?

Zärtlichkeit kann hier ganz konkret als Bewahrung der Kontingenz in ihrer Schwachheit, Vergänglichkeit und Zerbrechlichkeit übersetzt werden. Eine solche Übersetzung verlangt Realismus und eine besondere Situationsempfindlichkeit, welche die heutigen Kultur- und Machtzentren grundsätzlich verkennen (oder welche sie sogar verhöhnen). „Dieser Mangel an physischem Kontakt und an Begegnung [...] trägt dazu bei, das Gewissen zu ‚kauterisieren‘ und einen Teil der Realität in tendenziösen Analysen zu ignorieren.“¹¹ Hier kommt eine besondere Zentralität des Körpers und der Berührung zwischen Körpern zum Ausdruck, die ein spezielles Wissen um die Humanisierung des Weltumgangs und des Denkens besitzen. Michel de Certeau spricht vom „Gebet des Körpers“¹², womit er meint, dass all unseren Handlungen und Gesten eine solche Bedeutung zukommt, dass sie letztlich als Gebet verstanden werden können. Der Mensch wird zu einem Baum aus Gesten, der die Ruhe und die Hingabe entdeckt – „wie man sich zu einem Kranken setzt, wie man nach einem Zwist eine Geste der Versöhnung andeutet“¹³. Es geht hier um eine Gestik im Alltag, die sich vor allem durch die Hände vollzieht, welche die Gefühlskälte und Distanziertheit unserer urbanen Leben zu versöhnen vermag. „Es giebt im Grunde nur Gebete, / so sind die Hände uns geweiht“, schreibt Rainer Maria Rilke in seinem *Stunden-Buch*.¹⁴ Es geht um ein Hören und ein Spüren, das jedoch, wie auch Papst Franziskus in seiner Enzy-

9 Vgl. Benjamin, *Ausgewählte Schriften*, 280f.

10 Papst Franziskus, *Apostolisches Schreiben Evangelii Gaudium*, 196.

11 Papst Franziskus, Enzyklika *Laudato si'*.

12 De Certeau, *GlaubensSchwachheit*, 36.

13 De Certeau, *GlaubensSchwachheit*, 36.

14 Rilke, *Das Stunden-Buch*, 180: „Alle, die ihre Hände regen /nicht in der Zeit, der armen Stadt, /alle, die sie an Leises legen, /an eine Stelle, fern den Wegen, /die kaum noch einen Namen hat, -/sprechen dich aus, du Alltagssegen, /und sagen sanft auf einem Blatt: /Es giebt im Grunde nur Gebete, /so sind die Hände uns geweiht, /dass sie nichts schufen, was nicht flehte; /ob einer malte oder mähte, / schon aus dem Ringen der Geräte /entfaltete sich Frömmigkeit.“

klika *Laudato si'* betont, *ohne physische Nähe nicht geschehen kann*. Jede kleinste ethische Geste besteht in einem solchen Berühren und Berührt-Werden, dem letztendlich eine Mystik des Alltags entspricht.

Man könnte sich jedoch fragen, was es bedeuten kann, dass inmitten der Pandemie die Hände zum Hauptsymbol der Ansteckung geworden sind. Wie beim Reinheitsgebot einer säkularen Liturgie ist man dazu angehalten, sich immer wieder regelgerecht die Hände zu waschen, um eine potenzielle Negativität, die sie übertragen könnten, außer Kraft zu setzen. Wir dürfen die anderen nicht berühren, nicht einmal zärtlich. Der evangelische Ausdruck Jesu „Noli me tangere“ (Joh 20,17) verwirklicht sich als Zeichen einer verbotenen Nähe, die uns gebietet, einander fern zu bleiben.

Kann das Abstandhalten eine andere Art der Nähe verstärken? An diesem Punkt möchte ich zwei Elemente ins Zentrum rücken, welche diese Frage kurz zu beantworten versuchen.

Wenn das Profil unseres Gesichtes durch die Schutzmasken unscharf bzw. fast unkenntlich wird, intensiviert sich stattdessen die Sprachfähigkeit des Blickes. Wenn die Hände den Anderen nicht erreichen dürfen, dürfen es allerdings noch die Augen. Wenn man in der Zeit der Pandemie einer anderen Person begegnet und von ihr Abstand hält, kann das „Sich-in-die-Augen-Schauen“ andere zwischenmenschliche Kontakte eröffnen. Wie Pierangelo Sequeri schreibt, wird diese Erfahrung eindrücklich in den Worten einer Frau erkennbar, die diese im Moment ihrer Entlassung an die Mediziner*innen und Pfleger*innen eines Krankenhauses richtete: „Sollte ich euch einmal wiedertreffen, werde ich mich nicht exakt an eure Gesichter erinnern können, aber ich werde euch ganz eindeutig an euren Augen wiedererkennen.“¹⁵ Auch auf Seiten des Krankenhauspersonals, das in die schwierige Behandlung der Covid-Intensivpatient*innen involviert war, ist diese neue Intensität der Augen herauszulesen:

Die ganze Person des in schwerer Atemnot Erkrankten versammelt sich regelrecht in seinen Augen: Er drückt damit – mehr noch als ein enormes physisches Leiden – das Unbehagen der Einsamkeit und Verlassenheit aus, das Erflehen einer Nähe. Alles, was dieser Mensch ist, kommt in diesem Moment in seinen Augen zum Ausdruck.¹⁶

15 Sequeri, Der Blick und die Maske.

16 Sequeri, Der Blick und die Maske.

Hier taucht eine unerwartete Dringlichkeit des Blickes auf, der zu einer Art „Knotenpunkt“ menschlicher Beziehungen geworden ist, da ein humaner Blick das Leben – und selbst den Tod – zu verwandeln vermag. Manchmal war der Blick hinter der Maske einer Ärztin, eines Arztes oder einer Krankenschwester der allerletzte zärtliche Blick, in dessen abgründiger Innigkeit sich ein ganzes Leben kurz vor seinem Tod widerspiegelte und rekapitulierte.

Die moderne und postmoderne Stadt hat, wie Simmel zeigt, zunehmend nicht-empathische und unbekümmerte Blicke erzeugt, die dazu tendieren, den Blicken des Anderen auszuweichen. Heute scheint es immer deutlicher, dass wir fast gezwungen sind, unser Dasein auf die Augen hin zu konzentrieren, um kommunikative bzw. menschliche Wesen zu bleiben.

Hier kommt das zweite Element ins Spiel, das meines Erachtens heute fast zum geeignetsten „Ort der Zärtlichkeit“ geworden ist, nämlich die Sprache. Die Pandemie hat unsere körperlichen Begegnungen verdunsten lassen, nicht jedoch die Wirksamkeit des Sprechens. Hat nicht unser sprachliches Wesen das grundsätzliche und nicht ersetzbare Potential, unser Zusammenleben zu gestalten, das Leben zu verwandeln, Beziehungen aufzubauen, das Leiden zu verarbeiten? Ist die Sprache nicht jene zweite Haut, die in der Lage ist, unsere Mitwelt erst zu ermöglichen und zu humanisieren (oder, im Gegenteil, zu zerstören)? Während des Lockdowns der Corona-Krise ist uns fast nur die Sprache geblieben, um die Unmittelbarkeit unserer Beziehungen lebendig zu halten, um ihnen sogar eine körperliche Präsenz zu verleihen. Wenn die Gesichter und die Oberkörper in unseren Videokonferenzen eine Art der gespenstischen Gegenwart darstellen, haben unsere Stimme und unsere Gespräche durch die verschiedensten Vermittlungsformen eine gewisse Wirksamkeit bewahrt.

Stimme und Sprache haben sich in der Körperlosigkeit ihrer geheimnisvollen Natur in all ihrer unausweichlichen anthropogenen Dimension offenbart, die das *Humanum* zärtlich zu pflegen vermögen. Nicht zuletzt hat sich die Sprache in der Zeit des fehlenden Kontakts in ein empfängliches Gewebe transformiert, das die Passionsgeschichte, den physischen Schmerz, die Ängste und die widersprüchlichen Gefühle, die mit der unheimlichen Präsenz des Virus verbunden waren und noch sind, in eine geteilte heilsame Erzählung verwandelt. Denn ohne die Symbolisierungsprozesse, die nur durch die Sprache in all ihren Formen geschehen können, bleiben wir dem Abgrund der Sinnlosigkeit und des Unheimlichen völlig ausgesetzt, vor dem keine Maske uns retten kann.

Das Immaterielle des Blickes und der Sprache, wie alle absoluten Dimensionen des menschlichen Lebens, bringen natürlich nicht nur ein hu-

manisierendes, sondern auch ein zerstörerisches Potential mit sich. Der Diskurs der Zärtlichkeit könnte als eine politische Warnung und ein ethisch-gesellschaftlicher Imperativ verstanden werden, uns unseren Blicken und unserer Sprache bewusster zu werden. Dadurch erweist sie ihren eigentlichen (buchstäblich) *apokalyptischen* Charakter, der die Fragilität unseres (Zusammen-)Lebens enthüllt und zugleich liebt. Erst durch dieses Bewusstwerden können sie den Anderen in der Zeit der Unberührbarkeit tatsächlich berühren, denn sie vermögen das Leben – aber auch den Tod – tief zu verwandeln.

Literatur

- Airès, Philippe: Geschichte des Todes, München/Wien: Hanser 1980.
- Barthes, Roland: Fragmente einer Sprache der Liebe. Übers. v. Hans-Horst Henschen, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1984.
- Benjamin, Walter: Ausgewählte Schriften. Illuminationen. Hg. v. Siegfried Unseld, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1961.
- De Certeau, Michel: GlaubensSchwachheit, Stuttgart: Kohlhammer 2009.
- Guanzini, Isabella: Zärtlichkeit. Eine Philosophie der sanften Macht, München: C.H. Beck 2019.
- Malabou, Catherine: To Quarantine from Quarantine. Rousseau, Robinson Crusoe, and "I", in: <https://critinq.wordpress.com/2020/03/23/to-quarantine-from-quarantine-rousseau-robinson-crusoe-and-i/> [01.06.2020].
- Kuran, Daniel: Hegel und die Transformation von „social distancing“. Eine Replik zu Žižeks Buch „Pandemic!“ in: https://rat-blog.at/2020/05/20/hegel-und-die-transformation-von-social-distancing-eine-replik-zu-zizeks-buch-pandemic/#_ftnref10 [01.06.2020].
- Papst Franziskus: Apostolisches Schreiben *Evangelii Gaudium*, 24. November 2013, in: http://www.vatican.va/content/francesco/de/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html [01.06.2020].
- Papst Franziskus: Enzyklika *Laudato si'*. Über die Sorge für das gemeinsame Haus, 24. Mai 2015, in: http://www.vatican.va/content/francesco/de/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html [01.06.2020].
- Perone, Ugo: Il soggetto della memoria, in: Melchiorre, Virgilio (Hg.): Studi di filosofia trascendentale, Milano: Vita e Pensiero 1993, 278–289.
- Rilke, Rainer Maria: Das Stunden-Buch, in: Ders.: Werke. Kommentierte Ausgabe in vier Bänden mit einem Supplementband. 1. Hg. v. Manfred Engel und Ulrich Fülleborn, Frankfurt am Main: Insel Verlag 1996.
- Sequeri, Pierangelo: Der Blick und die Maske, in: <https://theocare.wordpress.com/2020/04/22/der-blick-und-die-maske-pierangelo-sequeri/> [01.06.2020].

Žižek, Slavoj: Der entkoffeinierte Andere, in: Der Freitag, 8. Oktober 2010, in: <https://www.freitag.de/autoren/der-freitag/der-entkoffeinierte-andere> [04.06.2020].

Žižek, Slavoj: PANDEMIC! COVID-19 Shakes the World, London/New York: OR Books 2020.

IV

Vulnerabilität und Spiritual Care

Vulnerabilität in der Krise

Martina Schmidhuber

1. Die Vulnerabilität des Mensch-Seins

Vulnerabilität ist ein Teil der *conditio humana*. Sehr schnell können sich an und für sich gesunde Menschen in einer vulnerablen Situation wiederfinden. Grundsätzlich sind drei Formen der Vulnerabilität zu unterscheiden, wie dies die drei US-amerikanischen feministischen Philosophinnen Catriona Mackenzie, Wendy Rogers und Susan Dodds (2014) in ihrer Taxonomie plausibel ausführen: inhärent, situativ und pathogen. (1) Menschen sind aufgrund ihrer *conditio humana* *inhärent* vulnerabel. Hunger, Durst, Schlafentzug, soziale Isolation – all diese basalen menschlichen Bedürfnisse verweisen auf die inhärente Vulnerabilität des Mensch-Seins. (2) Die *situative* Vulnerabilität kann Menschen in bestimmten Kontexten treffen, aus persönlichen, sozialen oder politischen Gründen. Sowohl eine Naturkatastrophe, die von heute auf morgen Menschen obdachlos werden lassen kann, als auch Krankheiten, die das scheinbar starke Subjekt zum hilfsbedürftigen Pflegefall machen, oder plötzliche Arbeitslosigkeit sind Formen situativer Vulnerabilität. (3) *Pathogene* Vulnerabilität entsteht durch asymmetrische interpersonelle Beziehungen und institutionelle Strukturen. Dazu zählen beispielsweise die Misshandlung oder der Missbrauch eines Kindes durch einen Erwachsenen.

Eine Pandemie wie die Corona-Krise führt Menschen insbesondere ihre situative Vulnerabilität vor Augen, aber auch die inhärente durch soziale Isolation. Und auch der pathogenen Vulnerabilität sind v. a. Kinder und Frauen in Familien, in denen – bisher vielleicht nur latente – Gewalt ein Thema war, in der Krise aufgrund der Ausgangsbeschränkungen besonders ausgesetzt. Menschen spüren Formen der Vulnerabilität aus verschiedenen Gründen in unterschiedlichen Lebenslagen. Nur einige Situationen und Gegebenheiten, die Vulnerabilität in der Krise spürbar machen, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, sind folgende: die Erkrankung an Covid-19; eine chronische Erkrankung und/oder ein höheres Alter und dadurch die besondere Gefährdung, ein/e intensivmedizinische/r PatientIn zu werden; der Verlust des Arbeitsplatzes aufgrund der mit Covid-19 einhergehenden wirtschaftlichen Krise, damit verbundene Probleme, die Miete zu bezah-

len, und in weiterer Folge Existenzängste; das Verbot des Treffens nahestehender Menschen, die in einem anderen Land leben, und damit verbundene Einsamkeit; das Verbot, den wöchentlichen Sportkurs zu besuchen, und eine damit einhergehende soziale Isolation als Alleinlebende/r; die Unmöglichkeit, in die Kirche gehen zu können, und der dadurch erlittene Verlust eines wichtigen spirituellen Rituals im Leben. Selbstverständlichkeiten des Alltags vor der Krise brechen plötzlich weg und legen die menschliche Vulnerabilität in diversen Facetten offen. Menschen, die sich stets in vulnerablen Situationen befinden, etwa aufgrund einer chronischen Erkrankung und/oder wegen ihres höheren Alters, sind besonders betroffen und ihre ohnehin schon bestehende Vulnerabilität wird noch verstärkt.

Im vorliegenden Beitrag soll es deshalb einerseits darum gehen, den Blick auf eine besonders vulnerable Gruppe in der Pandemie zu lenken, nämlich Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen, und andererseits soll auch gezeigt werden, dass das schrittweise wirtschaftliche und gesellschaftliche Wiederhochfahren eines Landes kein Widerspruch zum Schutz der vulnerablen Gruppen ist. Im Gegenteil: Um nicht noch mehr Vulnerabilität aufgrund von Arbeitslosigkeit und Existenzgefährdung hervorzurufen, ist es sogar geboten, die vulnerablen Gruppen gesondert in den Blick zu nehmen und ihnen besondere Betreuung und Fürsorge zu gewährleisten. Wie an den Beispielen oben gezeigt wurde, entsteht Vulnerabilität nicht allein aufgrund von Krankheit, sondern kann sich auch in existenzieller, ökonomischer, sozialer und spiritueller Hinsicht äußern. Es gilt, Menschen, die nicht gesundheitlich gefährdet sind, wieder ein gutes Leben zu ermöglichen (Nussbaum 1999), indem sie wieder in die Arbeit gehen dürfen, Freunde und Familie treffen, ihren Sportverein oder den Gottesdienst besuchen können.

2. Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen in der Krise

Wenn im Folgenden Menschen mit Demenz in ihrer Vulnerabilität im Fokus stehen, ist es erforderlich, auch stets ihre Angehörigen in den Blick zu nehmen. Denn sie sind es, die diese demenziellen Persönlichkeitsveränderungen der primär Betroffenen am meisten miterleben. Pflegende Angehörige sind deshalb sekundär betroffen (Gräßel/Niefanger 2012).

Menschen mit Demenz sind in unserer Gesellschaft schon grundsätzlich eine vulnerable Gruppe. Sie fallen auf durch ihre Langsamkeit, ihre Vergesslichkeit und ihre Orientierungslosigkeit in Bezug auf Ort und Zeit. In der Schnelllebigkeit, der sich unsere westliche Gesellschaft zum Großteil

verschrieben hat, haben sie nur am Rande Platz. Das Plädoyer Reimer Grommeyers (2013), sie in die Mitte der Gesellschaft zu holen, scheint kaum durchführbar, wenngleich es auch von einigen Seiten Bemühungen gibt, dies umzusetzen (siehe z. B. Österreichische Demenzstrategie, www.demenzstrategie.at).

Die Vulnerabilität von Menschen mit Demenz zeigt sich auf verschiedenen Ebenen. Allein schon die Diagnose ist eine emotionale Herausforderung. Es kann Menschen mit Demenz sehr belasten, wenn sie im frühen Stadium der Demenz selbst merken, dass ihre kognitiven Leistungen stark abnehmen. Viele versuchen dies vor ihren Angehörigen zu kaschieren und sind oft geschickt darin, ihre Vergesslichkeit mit Witzen zu überspielen. Wenn es dann schließlich doch zum Arztbesuch kommt, was häufig von den Angehörigen initiiert wird, ist es für viele Betroffene dennoch schwierig, die Diagnose zu hören. Selbst wenn sie schon damit gerechnet haben, wird die ärztliche Diagnose, tatsächlich an einer Form der Demenz erkrankt zu sein, für viele als Schock empfunden. Auch die Angehörigen sind häufig überfordert, wissen möglicherweise nicht viel über Demenzen und müssen sich auch erst damit zurechtfinden und auseinandersetzen (Schmidhuber/Gräfel 2018).

Vulnerabel sind Menschen mit Demenz auch deshalb, weil sie nach der Diagnose mit einer Stigmatisierung rechnen müssen. Sie werden möglicherweise von ihrem Umfeld nicht mehr ernst genommen, paternalisiert und infantilisiert (Schweda/Jongsma 2018). Dass sie jedoch noch lange ihre Wünsche und Bedürfnisse trotz Demenz äußern können und wollen, wird dabei übersehen. Damit sinkt ihre Lebensqualität, sie fühlen sich unverstanden, können dies aber möglicherweise nicht mehr gut verbalisieren und werden deshalb aggressiv – man spricht in diesem Zusammenhang von „herausforderndem Verhalten“. Diese Aggression spüren wiederum die Angehörigen, was sie verständlicherweise überfordern kann. Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige und auch Freizeitaktivitätsgruppen, in denen sie die Möglichkeit haben, abzuschalten und für sich selbst etwas Gutes zu tun, sind deshalb ein wichtiger Bestandteil für ihre Lebensqualität, da sich ihr Alltag vor allem um die betreuungsbedürftige Person dreht (Voß 2015).

Bei einer Demenz kommen im Krankheitsverlauf häufig auch psychiatrische Begleitsymptome dazu. So fühlen sich die betroffenen Menschen ausgerechnet von jenen Personen, die sie betreuen und pflegen, betrogen oder bestohlen. Das ist besonders schmerzhaft für die Angehörigen, aber auch für professionell Pflegende in einem Heim nicht einfach. Wenn nun aufgrund der Corona-Krise Menschen mit Demenz in ihren Aktivitäten im Heim stärker eingeschränkt werden, kann dies aufgrund der psychiatrisch-

en Symptome sehr problematisch werden. Ungerechte Behandlung im Heim oder die Unterstellung, die eigenen Kinder wollten oder dürften sie nicht mehr besuchen, können hier zum Vorwurf werden und große Unruhe hervorrufen. Selbst wenn unter diesen Umständen möglichst gute Lösungen gefunden wurden, wie etwa ein Besuch mit Abstand über den Garzengzaun oder vom Balkon, fehlten Berührungen und Umarmungen.

Pflegende Angehörige, die in diesen Krisenzeiten zu Hause einen Menschen mit Demenz betreuen, sind besonders belastet. Wie oben erläutert, ist es für sie besonders wichtig, auch außerhalb des Hauses anderen Tätigkeiten mit kognitiv gesunden Menschen nachgehen zu können. Fällt dies weg, sind der Druck und die Belastung enorm. Die Möglichkeit, sich über digitale Medien auszutauschen, ist eine Zwischenlösung, aber kein adäquater Ersatz, weil dabei viel an Zwischenmenschlichem verloren geht.

3. Zur Vereinbarkeit der Rückkehr in den Alltag mit dem Schutz vulnerabler Gruppen

Häufig wurde gerade am Anfang der Krise von politischer Seite mit der Solidarität der Jüngeren gegenüber den Älteren bzw. den Vulnerablen argumentiert. Rückblickend wird Kritik laut, dass der Schutz einer kleineren vulnerablen Gruppe die Existenz einer viel größeren Gruppe in der Gesellschaft gefährdet hat. Menschen wurden arbeitslos und kleinere Unternehmen, die schon vor der Krise vor der Herausforderung standen, *irgendwie* zu überleben, müssen nun mit Konkurs rechnen, was wiederum auch Arbeitsplätze kostet. Die Existenzgefährdung lässt Menschen, denen es bisher wirtschaftlich gut ging, situativ vulnerabel werden. Aus dieser wirtschaftlichen Perspektive schien es Anfang Mai 2020 höchste Zeit zu sein, wieder in eine Form der Normalität zurückzukehren, die nicht noch mehr ökonomischen Schaden anrichtet.

Kritische Stimmen gaben allerdings zu bedenken, dass ein Wiederanstiegen der Ansteckungskurve dadurch nicht auszuschließen sei und dadurch wiederum die vulnerablen Personen besonders gefährdet werden. Im alltagsmoralischen Verständnis wird Gesundheit häufig als das höchste Gut wahrgenommen. Aus dieser Sicht scheint es auf den ersten Blick unangemessen, dieses hohe – wenn nicht sogar höchste – Gut gegen wirtschaftliche Interessen abzuwägen. Gesundheit ist jedoch, folgt man Martha Nussbaums Konzeption des guten Lebens (Nussbaum 1999), nur ein Aspekt des guten Lebens neben vielen anderen, die der Staat zu fördern hat, wie etwa die Verbundenheit mit anderen Menschen.

In diesem Zusammenhang darf auch nicht übersehen werden, dass Leid nicht nur durch Krankheit hervorgerufen wird, sondern auch durch Arbeitslosigkeit und Armut, und auch dies wiederum Studien zufolge krank machen kann – sowohl physisch als auch psychisch (Schenk/Moser 2010). Problematisch dabei ist, dass ohnehin jene in der Krise benachteiligt sind, die weniger gut ausgebildet sind, es sei denn, sie sind in einem systemerhaltenden Beruf tätig wie etwa im Lebensmittelhandel. Wenn aber jemand beispielsweise in einem Möbelhaus als VerkäuferIn tätig war, dabei ohnehin nicht viel verdient hat, möglicherweise monatlich aufgrund der Wohnungsmiete und der Versorgung der Familie nur knapp mit dem Einkommen auskommt, ist der Verlust des Arbeitsplatzes eine Katastrophe. Zudem ist zu bedenken, dass laut einer Statistik der Österreichischen Nationalbank von 2018 ein Drittel der privaten Haushalte in Österreich verschuldet ist. Die betroffenen Personen rechnen mit ihrem regelmäßigen, gleichbleibenden Einkommen, um etwa den Kredit für eine Eigentumswohnung zurückzahlen zu können. All diese Einzelschicksale sind zu berücksichtigen, bevor man allzu leichtfertig der Wirtschaft den Rang nach der Gesundheit zuteilt.

Im öffentlichen Diskurs wird Kritik laut, wenn von politischer Seite angekündigt wird, Unternehmen finanziell unterstützen zu wollen. Wo bleibt die ebenso großzügige Unterstützung für die ArbeitnehmerInnen? In diesem Zusammenhang darf nicht vergessen werden, dass es gerade die Kleinunternehmen sind, die Arbeitsplätze schaffen, die aber häufig auch von Monat zu Monat wirtschaften (müssen). In diversen Medienberichten wurden Schicksale von kleinen Unternehmen gezeigt, die eben nicht einfach ein paar Wochen entspannt zusperren können. Auch das Wiederaufsperrn kleinerer Geschäfte nach Ostern war für manche Kleinunternehmen nicht ertragreich: Die Miete für die Geschäftsräume war zu bezahlen, die Ware wurde geliefert, aber die Kunden blieben zum Teil aus, weil offenbar wenig Bedarf vorhanden war, etwa Kleider und Schuhe in Krisenzeiten zu kaufen. Auch hier stehen menschliche Schicksale dahinter, die mit viel Arbeit, Mühe und Herzblut ein kleines Geschäft oder ein Lokal führen, dessen Zukunft – und damit auch die persönliche Zukunft dieser Menschen – ungewiss ist.

Gesundheit und Wirtschaft dürfen nicht gegeneinander ausgespielt werden. Beides ist wichtig, gehört zu einem guten Leben und hängt, wie eben gezeigt wurde, auch zusammen. Deshalb war es der richtige Weg, die österreichische Wirtschaft wieder zum Leben zu erwecken. Trotzdem bleibt zu fragen, wie es gleichzeitig möglich ist, die Ansteckungen weiterhin möglichst gering zu halten.

In Schweden wurden bereits am Anfang der Pandemie ältere Menschen und Menschen mit chronischen Erkrankungen ersucht, zu Hause zu bleiben, damit das „normale“ Leben für die meisten schwedischen BürgerInnen weitergehen konnte. Wenn dies auch so in Österreich gehandhabt wird, wäre es einerseits möglich, dass die meisten Menschen wieder ihrem Beruf nachgehen können, normaler Schulbetrieb wieder umsetzbar ist und die Wirtschaft angekurbelt wird – wenn auch höchstwahrscheinlich sehr langsam, wie ExpertInnen prognostizieren. Andererseits wären die vulnerablen Personengruppen trotzdem geschützt, wenn sie sich dessen bewusst sind, dass sie gefährdet sind und im Sinne ihrer Selbstverantwortung agieren und Kontakte meiden. Das muss freilich auch der/die ArbeitgeberIn unterstützen und z.B. weiterhin Home-Office zugestehen, wenn es etwa um jüngere Menschen mit Diabetes geht, die mitten im Beruf stehen.

Zu bedenken ist allerdings, dass insbesondere ältere Menschen an Einsamkeit leiden können, vor allem wenn sie alleine wohnen. Auch Einsamkeit macht krank, wie der Psychiater Manfred Spitzer konstatiert (2018). Hier kann tatsächlich Digitalisierung fürs Erste (!) weiterhelfen: das Skypen mit den Enkelkindern, das Schreiben von SMS mit Freunden und Verwandten – jene, die dies aufgrund der weiten Entfernung ihrer Familien nicht ohnehin schon so betrieben haben, können diese Variante in Zeiten wie diesen nutzen. Dass Besuche in Seniorenheimen wieder möglich sind, wenn auch mit einer Glasscheibe als Schutz zwischen den Personen, ist auch ein Schritt in die richtige Richtung.

4. Zur Notwendigkeit spezieller Angebote für vulnerable Gruppen in der Krise

Menschen mit Demenz, die diese herausfordernde Situation aufgrund ihrer abnehmenden kognitiven Fähigkeiten gar nicht mehr verstehen können, haben es hier freilich besonders schwer. Das Gefühl, dass etwas nicht stimmt, gleichzeitig das Nicht-verstehen-Können, kann Menschen mit Demenz noch verwirrt und auch depressiv werden lassen und ebenso herausforderndes Verhalten in Form von Aggressionen hervorrufen. Eine noch wichtigere Rolle als im „Normalzustand“ spielen nun die Pflegenden. Die Tatsache, dass pflegende Angehörige und professionell Pflegende nun noch stärker gefordert sind, als dies in ihrem Alltag bisher ohnehin schon der Fall war, führt unserer Gesellschaft ungerechte Strukturen deutlicher denn je vor Augen. Jene, die ohnehin schon unter schwierigen Bedingungen ihren Alltag meistern müssen, trifft die Krise mit voller Wucht. Sie sind es, die sich jetzt besonders um Menschen mit Demenz kümmern und selbst mit ihren Bedürfnissen auf der Strecke bleiben. Deshalb kann

diese Krise auch als Chance begriffen werden, in der Strukturen verändert werden können, die schon seit längerem als nicht zufriedenstellend und ungerecht diagnostiziert wurden. Pflegende Angehörige müssen stärker von staatlicher Seite unterstützt werden, sowohl finanziell als auch durch personelle Unterstützung, wie etwa mobile Pflege. Wie bedeutsam professionelles Pflegepersonal in unserer Gesellschaft ist, dürfte nun allen BürgerInnen bewusst geworden sein. Hier gilt es, den Beruf attraktiver für junge Menschen zu gestalten, indem etwa die schon vor der Krise debatierte 35-Stunden-Woche bei gleichbleibender Bezahlung eingeführt wird und auf diese Weise langfristig dem Pflegenotstand entgegengewirkt wird.

Gesamtgesellschaftlich betrachtet lässt sich konstatieren, dass insgesamt ein Umdenken erforderlich ist: Von einer stark ökonomisierten und rationalisierten Gesellschaft ausgehend, die viele Menschen aufgrund der Schnelligkeit außer Atem kommen lässt – was sich in psychischen Erkrankungen wie Burnout spiegelt (Esterbauer et al. 2019) –, können wir diese Krise als Chance begreifen, mit dem Bewusstsein unserer Vulnerabilität etwas entschleunigter unser Leben zu führen. Eine Gesellschaft, in der alles etwas langsamer ablaufen darf, in der sich aber Menschen, die besonders vulnerabel sind, wieder wohler fühlen, klingt aktuell noch wie eine Utopie. Zum jetzigen Zeitpunkt gilt es deshalb, mit den bestehenden Gegebenheiten einen möglichst guten Umgang zu finden, damit sich etwa Menschen mit Demenz wohler fühlen. Aktivierung und Ablenkung sind dabei besonders wesentlich. Ein Vorzeigebispiel für Aktivierung, das gleichzeitig Ablenkung ermöglicht und Traurigkeit verhindert, ist das MAKs-Konzept, das zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz dient. Das Akronym MAKs steht für motorisch, alltagspraktisch, kognitiv und spirituell. Das MAKs-Konzept ist ein Training, das zwei Mal in der Woche durchgeführt werden soll, und beinhaltet z. B. Ballspiele (motorisch), das Einbeziehen der Menschen mit Demenz in die Speisenzubereitung – z. B. Kartoffeln schälen oder Teig rühren – (alltagspraktisch) und leichte Rätsel mit Zahlen und Buchstaben (kognitiv). Ergänzt sollte das Konzept mit Spiritualität werden, das können der sonntägliche Kirchengang sein und das Singen von Kirchenliedern, welche die Menschen meistens sehr lange im Gedächtnis behalten. All diese Tätigkeiten sind auch mit dem geforderten Abstand und Mund-Nasen-Schutz möglich und können viel bewirken, wie die Ergebnisse einer Studie zeigen. So konnte nachgewiesen werden, dass bei diesem Training die üblicherweise nachlassenden Fähigkeiten bei einer Demenz für eine gewisse Zeit erhalten bleiben können, nämlich bis zu zwölf Monate (Gräßel et al. 2011).

Das Einbauen diverser Aktivitäten in den Alltag ist für Menschen mit Demenz nun besonders wichtig, sowohl im Heim als auch zu Hause. Zwar

kann die Vulnerabilität damit nicht zum Verschwinden gebracht werden, dennoch ist die Ablenkung – für beide Gruppen – wohltuend und hilfreich, um Zeiten wie diese gut durchzustehen. Für Menschen mit Demenz kann die Aktivierung eine Steigerung der Lebensqualität bedeuten. Psychologische Unterstützung für pflegende Angehörige per Telefon oder Skype ist unabdingbar, damit sie sich nicht alleingelassen fühlen. Dann haben sie sogar die Chance, in dieser Krise, bei allen Belastungen, seelisch und geistig zu wachsen (Kruse 2017). Parallel sollten wir als Gesellschaft nicht hoffen, dass es nach der Krise wieder „normal“ weitergeht, sondern sie als Wendepunkt und Chance zum Umdenken und zur Entschleunigung ergreifen, um ein besseres Leben für alle und insbesondere für vulnerable Personengruppen zu ermöglichen.

Literatur

- Esterbauer, Reinhold/Paletta, Andrea/Meer, Julia (Hg.): *Der Leib und seine Zeit. Temporale Prozesse des Körpers und deren Dysregulationen im Burnout und bei anderen Leiberfahrungen*, Freiburg: Alber 2019.
- Gräßel, Elmar et al.: Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-months randomized controlled trial, in: *BMC Medicine* 9 (2011) 129; doi: 10.1186/1741-7015-9-129.
- Gräßel, Elmar/Niefanger, Dirk: *Angehörige erzählen. Vom Umgang mit Demenz: Einige sozialmedizinische und narratologische Beobachtungen*, in: Freiburg, Rudolf/Kretzschmar, Dirk (Hg.): *Alter(n) in Literatur und Kultur der Gegenwart*, Würzburg: Königshausen & Neumann 2012, 99–116.
- Gronemeyer, Reimer: *Das 4. Lebensalter. Demenz ist keine Krankheit*, München: Pattloch 2013.
- Juraszovich, Brigitte/Sax, Gabriele/Rappold, Elisabeth et al. (Hg.): *Demenzstrategie: Gut Leben mit Demenz*. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien 2015.
- Kruse, Andreas: *Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife*, Berlin: Springer 2017.
- Mackenzie, Catriona/Rogers, Wendy/Dodds, Susan: *Introduction: What is vulnerability and why does it matter for moral theory?*, in: Dies. (Hg.): *Vulnerability. New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*, New York: Oxford University Press 2014, 1–29.
- Nussbaum, Martha C.: *Menschliche Fähigkeiten, weibliche Menschen*, in: Pauer-Studer, Herlinde (Hg.): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*, Frankfurt/Main: Suhrkamp 1999, 176–226.
- Schenk, Martin/Moser, Michaela: *Es reicht! Für alle! Wege aus der Armut*, Wien: Deuticke 2010.

- Schmidhuber, Martina/Gräsel, Elmar: Zur Vulnerabilität von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen, in: Bergemann, Lutz/Frewer, Andreas (Hg.): Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin. Menschenrechte – Ethik – Empowerment, Bielefeld: transcript 2018, 147–166.
- Schweda, Mark/Jongsma, Karin: Return to childhood? Against the infantilisation of people with late-onset dementia, in: *Bioethics* 32/7 (2018) 414–420.
- Spitzer, Manfred: Einsamkeit. Die unerkannte Krankheit, München: Droemer 2018.
- Voß, Henrike: Die häusliche pflegerische Situation von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz im Kontext von sportlicher und körperlicher Aktivität, Masterarbeit: Köln 2015.

Was willst Du, dass ich Dir tue? (Lk 18,41) Zur Situation der katholischen Krankenhausseelsorge (KHS) Österreichs während der Covid-19-Pandemie

Maria Berghofer, Sabine Petritsch, Detlef Schwarz

1. Einleitung

Die christliche Sorge um die Kranken, die Leidenden und die Sterbenden ist so alt wie die Kirche selbst (vgl. Mt 10,8). So hat sich im Laufe der Jahrhunderte eine christlich-konfessionelle Krankenhausseelsorge entwickelt, die sich immer wieder neu den Herausforderungen stellen und die Zeichen der Zeit¹ lesen lernen muss. Viele Ordensgemeinschaften entstanden, weil sich ihre Gründerinnen und Gründer der Krankenpflege oder der Krankenseelsorge, als Ausdruck christlich-caritativer Nächstenliebe, verpflichtet gewusst haben. Krankenhausseelsorgerinnen und Krankenhausseelsorger in Österreich begleiten in besonders sensiblen Situationen, bewegen sich an besonders sensiblen Orten und begleiten gerade jene Menschen mit der höchsten Gefährdung. Die aktuelle Covid-19-Pandemie stellt das österreichische Gesundheitswesen und somit auch die österreichische Krankenhausseelsorge vor eine Herausforderung, die jeglicher bisherigen Erfahrungsgrundlage entbehrt. Die Abwägung zwischen dem „Dasein-für-Andere“ auf der einen Seite und den erforderlichen Schutzmaßnahmen auf der anderen Seite ist in Tagen wie diesen nicht immer einfach.

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, werden in diesem Beitrag ausgewählte Aspekte der katholischen Krankenhausseelsorge Österreichs während der Covid-19-Pandemie erörtert. Zu diesem Zweck haben österreichische Krankenhausseelsorger*innen Praxisberichte zur Verfügung gestellt, welche die Grundlage für die folgenden Überlegungen bilden.² Den Autor*innen ist bewusst, dass dies nur eine fragmen-

1 Siehe dazu die Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“ (GS) 4: „Zur Erfüllung dieses ihres Auftrags obliegt der Kirche allzeit die Pflicht, nach den Zeichen der Zeit zu forschen und sie im Licht des Evangeliums zu deuten.“

2 Die Namen der Verfasser*innen der für diesen Beitrag relevanten Praxisberichte finden sich im Literaturverzeichnis. Bei den jeweiligen Anmerkungen im Text bzw. in den Fußnoten werden jene jedoch in anonymisierter Form (P1, P2 usw.)

tarische Zusammenschau sein kann. Zum einen, weil die Pandemiesituation noch nicht vorüber ist; zum anderen aber auch deshalb, weil in diesem Beitrag lediglich eine Auswahl an Teilaspekten beleuchtet werden kann – und dies nur qualitativ, ohne quantitativ repräsentativ zu sein.

So geht es zunächst darum, die Situation der Krankenhausseelsorge (im Weiteren mit KHS bezeichnet) während dieser Krisensituation wahrzunehmen, zu beschreiben und dann anhand ausgewählter Kriterien neue Fährten für die KHS in die Zukunft zu legen. In vielerlei Hinsicht schärft sich das gesellschaftliche Bewusstsein im Formulieren der Überzeugung, dass es nach der überstandenen Pandemiesituation nicht einfach so weitergehen kann wie zuvor. In jeder Krise steckt schließlich auch die Chance, etwas zum Besseren verändern zu können. Mit dem Blick auf die österreichische KHS der Zukunft wollen wir dieser Chance mit dem folgenden Beitrag ein Stück näher kommen.

2. *Aufhören und wahrnehmen – von der Notwendigkeit einer Standortbestimmung*

Die Corona-Pandemie hat viele Menschen zum Auf-Hören und Wahr-Nehmen gezwungen. Beruflich und psycho-sozial waren Menschen in den sogenannten systemrelevanten Berufen gefordert, wobei das medizinische Personal in den Krankenhäusern noch einmal herausragt. Wohin gehört nun Seelsorge mit ihrem heil-enden und heil-vollen Anspruch und Auftrag? Welche Relevanz hat sie im Konzert der Professionen im System Krankenhaus? Dieser Abschnitt problematisiert den ohnehin immer neu zu definierenden *Standort der Krankenhausseelsorge* innerhalb des Krankenhaussystems auf der Grundlage der erwähnten Praxisberichte. Gleichzeitig versucht er auf Basis dieser Erfahrungen, Kriterien für die Möglichkeit der Seelsorge in Krankenhäusern mit Blick auf die Zukunft zu entwickeln. Es sollen aber auch die Seelsorger*innen als „Menschen“ und ihre Strategien des Umgangs mit den Herausforderungen zu Wort kommen. Denn schließlich ist ja die Person des/der „Seelsorger*in“ das Beziehungsmedium, auf das die Krankenhausseelsorge setzt.³

genannt. Die Manuskripte der Praxisberichte liegen den Autor*innen dieses Beitrags vor.

- 3 Das zeigt sich bereits am Ausbildungskonzept für Seelsorger*innen (Klinische Seelsorgeausbildung – KSA) im Krankenhaus. Siehe dazu Methfessel, Die Bedeutung der KSA in der Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge, 471: „[Die Krankenhausseelsorge] lebt von der Auseinandersetzung mit der eigenen Person und

2.1 Gast oder Teil des Systems

Die Krankenhausseelsorge selbst sieht ihren Platz grundsätzlich im Bereich eines „Dazwischen“⁴, indem sie ihr Zelt zwischen den Polen der Zugehörigkeit zum System Krankenhaus und als dessen kritisch-prophetisches Gegenüber ausspannt. In einer hochbrisanten Zeit und von größter medialer Aufmerksamkeit begleitet treffen die Krankenhausleitungen nun weitreichende Entscheidungen, die den Kern der persönlichen Rechte der Menschen berühren. Darunter fällt auch jenes der Religionsausübung, wonach es zum Patient*innenrecht gehört, religiös begleitet zu werden.⁵

In der Krise spürten Seelsorger*innen vor allem in öffentlichen Krankenhäusern⁶ vor Ort genau, wo sie im Bereich des selbst definierten „Dazwischen“ nun von Seiten der Krankenhausleitung verortet wurden. Sie wurden entweder als Gäste des Hauses oder als Teil des Systems gesehen.⁷

hat sich als Standard für die Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge etabliert. Darüber hinaus hat sie [die Seelsorge, Anm. Redaktion] das Potenzial, Menschen ganz allgemein für gelingende Begegnungen zu stärken und zu befähigen“.

4 Klessmann, Einleitung, 16.

5 Vgl. Spitalgesetz § 30, Sicherung der Patientenrechte (2): „Insbesondere hat der Rechtsträger zugunsten der Patienten und Patientinnen sicherzustellen, dass [...] i) auf ihren Wunsch eine seelsorgerische Betreuung und eine psychische Unterstützung bereitgestellt werden“; siehe dazu auch Konkordat zwischen dem Heiligen Stuhle und der Republik Österreich vom 5. Juni 1933.

6 Vor allem in Ordensspitälern sind Seelsorger*innen zum Teil Angestellte der Krankenhausträger. Sie gehören deshalb zum Personal und folglich war in dieser Zeit teilweise eine Erlaubnis für Seelsorge gegeben.

7 Siehe dazu Klessmann, Die Fremdheit und Widerständigkeit der Seelsorge im Krankenhaus, 394: „[Die Krankenhausseelsorge] kann aus der eigenen Fremdheit heraus andere Perspektiven in die verschiedenen Diskurse im Krankenhaus einspielen und damit zu neuer Aufmerksamkeit und verändertem Abwägen anregen, Seelsorge ist von ihrer kirchlichen Trägerschaft her nicht in die Hierarchie des Krankenhauses eingebunden, unterliegt nicht ärztlicher oder pflegerischer Weisungsbefugnis. Diese Anstellungsmodalitäten ermöglichen der Seelsorge große Freiheit, die sie im Sinne einer Anwaltschaft und Parteinahme für die jeweils Schwächeren in der Institution nutzen kann“. Die Systemfremdheit, die Teil der Krankenhausseelsorge ist und ermöglicht, ein kritisches Gegenüber zu sein, hat sich vielerorts ins Ausgeschlossensein verkehrt. Damit war es ihr nicht möglich, den Notleidenden eine Stimme als Gegenüber zu geben. Es wird nötig sein, die Problematisierung, Auseinandersetzung und Abwägung der Standortbestimmung in Krisenzeiten zu reflektieren und eventuell für künftige Krisenszenarien die Standortbestimmung auch kurzfristig zu adaptieren. Zudem wird in Gesprächen sichtbar, dass es auch hier keine eindeutige Antwort geben wird. Die einen werten es als Vorteil, nicht zum System zu gehören; für andere (wohl die Mehrheit) war es ein Nachteil. Gleichzeitig ist es wichtig festzuhalten, dass nicht nur die Seelsorge

In die entsprechenden Kommunikations- und Krisenabläufe waren Seelsorger*innen teilweise eingebunden, sodass gemeinsame Beratung möglich war, teilweise wurden die Entscheidungen über den Besucherstatus und dessen zeitliche Dauer ihnen von den Krisenstäben lediglich mitgeteilt. Die Unterschiedlichkeit an Vorgehensweisen und an Risikobewertungen in den einzelnen Krankenhäusern wird in den Rückmeldungen und in sonstigen Gesprächen mit Kolleg*innen sehr deutlich. Interessant erscheint rückblickend auch, dass die Übereinkunft zwischen Kultusamt und Bischofskonferenz in dieser Frage nicht zu einer großflächigen Diskussion führte und keine Neubewertung des Status über den Zutritt von Seelsorger*innen zur Folge hatte.⁸

Die folgenden Ausschnitte aus den Praxisberichten zeichnen ein buntes Bild des Umgangs mit Seelsorge in Zeiten von Corona. In einem Gespräch nach dem ersten Lockdown wurde in einem Unfallkrankenhaus klargestellt, dass die Seelsorger*innen Gäste des Hauses seien und die Entscheidung für ein generelles Besuchsverbot daher auch sie treffe. Es wurde argumentiert, dass Seelsorger*innen nicht in einem Dienstverhältnis zum Krankenhaus stünden, weshalb man auch keine offizielle Weisungsbefugnis hinsichtlich Hygienestandards habe; dies aber sei bei einem hochansteckenden Virus aus Sicherheitsgründen wesentlich.⁹

keinen ungehinderten Zutritt mehr hatte, sondern sämtliche psycho-soziale Berufsgruppen von dieser Regelung betroffen waren!

- 8 Siehe dazu die Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz gemäß § 2 Z 1 des Covid-19-Maßnahmengesetzes StF: BGBl. II Nr. 98/2020: „Die Seelsorge in Krankenhäusern bzw. die Gewährleistung der persönlichen Religionsbedürfnisse, insbesondere bei Sterbenden oder Menschen in Palliativbetreuung, ist in Abstimmung mit den Vorschriften des jeweiligen Krankenanstaltenträgers zu gewährleisten“. Es scheint, als würde die im Notfall zugelassene Spendung der Sakramente auf Wunsch von Patient*innen als basale Gewährleistung religiöser Bedürfnisse gesehen worden sein.
- 9 P1 berichtet vom Gespräch über die Entscheidung gegen Besuche der Seelsorge in einem Unfallkrankenhaus mit der stellvertretenden Pflegedirektorin wie folgt: „Zwei Hintergrunds-Argumente, die im Krisenteam des UKH getroffen worden sind, sprachen klar für die Entscheidung gegen den Seelsorgedienst im Lockdown: Da die Seelsorger*innen mit Besuchern verglichen wurden, war die Entscheidung für ein Besuchsverbot der Seelsorger*innen für das Team eine logische Folge. Über Seelsorger*innen hat das UKH im Vergleich zu eigenen Angestellten keine offizielle Weisungsbefugnis in Hygienefragen. Das sei in dieser Krisenzeit aus Sicherheitsgründen aber wesentlich. Das UKH hat auch keine eigenen klinischen Psychologen. Diese werden im Bedarfsfall angefordert. Während der Pandemie hat es keine Anforderung einer Psychologin gegeben.“

In anderen Häusern hat sich ein pro-aktives Zugehen auf die Leitung bewährt und ein direktes Eingebundensein ermöglicht. So heißt es in dem Bericht von P6 wie folgt: „Wir sind gleich in den ersten Tagen mit einem Konzept an die Hausleitung herangetreten, wie wir in der Covid-Zeit unseren Dienst anbieten. Dieses Konzept wurde in einer knappen Antwort angenommen. Wir sind also „pro-aktiv“ auf die Leitung zugegangen.“ Auf einer Universitätskinderklinik wurde die Seelsorgerin gerufen und durfte ihrem Dienst nachkommen.¹⁰ In einem kleineren Krankenhaus wiederum hing die Entscheidung, ob Seelsorge zugelassen wird oder nicht, von der zur Verfügung stehenden Anzahl an geeigneter Schutzausrüstung ab.¹¹ In manchen Ordensspitälern wurde Seelsorge von vornherein als selbstverständlicher Dienst eingebunden und war immer möglich. Vielleicht konnte Seelsorge in manchen Fällen ihre Stellung innerhalb des Systems sogar vertiefen. P4 schreibt dazu:

*In unserer Ordensklinik ist die Leiterin der Seelsorge, im Unterschied zu mir, von der Klinik angestellt und die Seelsorge ist ein selbstverständlicher und wichtiger Faktor im Selbstverständnis des Hauses. Die hauptamtliche Seelsorge war auch zur Corona-Zeit selbstverständlich und von Seiten der Geschäftsführung und von Seiten vieler Patient*innen und Pflegekräfte mehr als erwünscht. Oft gab es Reaktionen wie ‚Schön, dass (wenigstens) ihr (auch) da seid‘. Von einzelnen Personen gab es aber auch Widerstand – Stichwort: zusätzlicher Ansteckungsrisikofaktor. Auf den übrig gebliebenen, offenen Stationen führten wir die ‚normale‘ Seelsorgearbeit, wie etwa Besuchsdienst und Sakramentenspendung am Krankenbett, weiter. Wir mussten uns dabei wöchentlich, manchmal täglich an neue Sicherheitsmaßnahmen anpassen – vom Triage-Zelt bis zu den unterschiedlichen MNS-Masken. Auch auf den Corona-Stationen war Seelsorgearbeit möglich (Begleitung von Sterbenden, Verabschiedungen), jedoch war ich hier nie invol-*

-
- 10 Siehe dazu Auszug aus Praxisbericht P2.: „Als Seelsorgerin war ich aufgrund häufiger Notrufe sehr gefragt auf den Stationen – ich erlebte ein vermehrtes ‚Gerufen-Werden‘. So hatte ich das Privileg, immer vor Ort im Krankenhaus und auf den Stationen sein zu dürfen und mit den Menschen (Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Personal) gemeinsam diese Situationen zu durchleben – aber auch, so weit als möglich, zu gestalten. Ich erlebte die arbeitsreiche Zeit in dieser Situation tatsächlich als Privileg, es war schön, arbeiten zu dürfen!“
- 11 Siehe dazu Auszug aus Praxisbericht P3: „Im Kontext ‚Kontakt der Seelsorge mit den Patient*innen‘ stellte sich auch die Frage nach Schutzausrüstungen, die sehr knapp vorhanden waren. Diese Tatsache hat uns vermehrt dazu gebracht, den Kontakt mit Patient*innen weitgehend zu vermeiden. Die Ausnahme waren sterbende Patient*innen.“

viert. Nach meiner Einschätzung wurde der Stellenwert der Seelsorge im Haus noch vertieft.

In diesen unterschiedlichen Möglichkeiten, dennoch Seelsorge auszuüben, wird etwas Gemeinsames sichtbar. In jedem Fall war ein „neues“, wieder anfängliches Hören und Wahrnehmen der Berufung und des Auftrags von Seelsorge notwendig. Gleichzeitig waren die Seelsorger*innen überall kurzfristigen und sich häufig verändernden Möglichkeiten der Seelsorge ausgesetzt, die ihnen von Seiten des Systems auferlegt wurden, und sie waren so herausgefordert, in einer „Dynamik des Vorläufigen“¹² ihr Tun auf ganz andere Weise auszuloten.

2.2 Was möglich war und welche Kriterien möglicherweise ausschlaggebend waren

Im Horizont der Vorläufigkeit und mit dem ambivalenten Gefühl, für Menschen nicht da sein zu können, dem äußeren und inneren Auftrag zum Teil nicht nachkommen zu können, wurde ausgelotet, was dennoch möglich sein könnte.¹³ In den Praxisberichten zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Seelsorger*innen in regelmäßigen Mail- und Telefonkontakten mit der Leitung eruiert hat, welche Stationen besucht werden konnten und welche nicht bzw. welche Schutzmaßnahmen vorzunehmen sind etc. Für einige änderte sich bis auf die Einhaltung von Hygiene- und Schutzstandards am gewohnten Dienst wenig. Von fast allen Krankenhäusern wurde für Sterbende die Spendung der Sakramente durch Priester ermöglicht. So zeigt sich in Krisenzeiten, welche grundlegende pastorale Bedeutung in erster Linie der sakramentale Dienst nach wie vor hat – zumindest für die überwiegende Mehrheit der Entscheidungsträger*innen in den Krankenhausleitungen.

12 Praxisbericht P5.

13 Siehe dazu Auszug aus Praxisbericht P5: „Die letzten Wochen waren eine sehr zwiespältige Zeit. Einerseits wurden wir sozusagen ‚weggesperrt‘, um kein zusätzliches Risiko ins Krankenhaus zu bringen. Das hieß aber auch, für die Patienten und deren spirituelle Bedürfnisse nicht da zu sein; ein Gefühl von ‚Sie-im-Stich-Lassen‘ und des Nicht-Daseins tat sich dabei auf. Abgesehen von der Telefonbereitschaft und von telefonischen Kontakten zum Personal, zu unseren Ehrenamtlichen, zu den Stationsleitungen, zum Hygieniker und zur Vertretung des Krisenstabs waren wir ziemlich ‚draußen‘.“

Aus den Praxisberichten kristallisieren sich konkret folgende Faktoren heraus, die für die Möglichkeit von Seelsorge in der Krisenzeit entscheidend waren und wohl auch für die Zukunft von Bedeutung sind:

- *Besucher*in oder Mitarbeiter*in*: Die Frage der Zugehörigkeit zum Personalstand, also Seelsorger*innen als Besucher*innen oder Mitarbeiter*innen, hatte erheblichen Einfluss darauf, wie das Arbeitsfeld der Seelsorge definiert wurde und wie weit vorübergehende Verbote den Berufsstand trafen. Gegenteilige Beispiele lassen die Vermutung zu, dass noch andere, viel schwerer fassbare Faktoren, die außerhalb des Einflussbereiches der Seelsorge liegen, das Zulassen von Seelsorge mitbestimmen. Eine Einheitlichkeit lässt sich nicht erkennen.
- *Selbstverständnis des/der Seelsorger*in*: Einige sehen im eigenen Rollenverständnis bzw. in dem Selbstbewusstsein, als Seelsorger*in im Orchester der therapeutischen Berufe tätig zu sein, ein bedeutendes Kriterium, wie sehr Seelsorge in Krisenzeiten ins System Krankenhaus eingebunden wird. Aber natürlich wird die Rolle auch durch Zuschreibungen von außen bestimmt. Dies führt zur Frage, welche Erfahrungen mit Seelsorge es in einer Institution bereits gibt und welche Bilder von und Erwartungen an Seelsorge die jeweiligen Entscheidungsträger haben.
- *Erfahrungen von Seelsorge*: Die von Mitarbeiter*innen im KH über Jahre wahrgenommene Verlässlichkeit und Relevanz der Seelsorge kann ein Vorteil sein, wenn die Leitung darüber nachdenkt, wer in schwierigen Zeiten Zugang haben darf. Dabei ist die Bereitschaft, sich auf die geforderten Schutzmaßnahmen (Hygieneschulung, Schutzausrüstung etc.) einzulassen, ein wesentlicher Faktor, um Seelsorge zu ermöglichen.
- *Seelsorge als umfassendes Angebot*: Inwiefern haben Menschen und die Krankenhausleitung wahrgenommen, dass Seelsorge sich über das Konfessionell-Religiöse hinaus versteht und als kompetente Partnerin in Lebens- und Glaubensfragen sowie unterstützend auch für Mitarbeiter*innen wahrgenommen wird?¹⁴ Je nach Wahrnehmung wurde Seelsorge zugelassen oder nicht.
- *Kontakt zu Entscheidungsträger*innen*: Ein über Jahre forcierter Kontakt mit Stationsleitungen und Entscheidungsträgern hat sich in der Krisenzeit bewährt, wie P2 in ihrem Praxisbericht schreibt: „Meine seelsorgli-

14 Siehe dazu die entsprechende These im Praxisbericht P6: „Eine Seelsorge, die sich in der Ausrichtung, in der Haltung, der Sprache und im Angebot nur auf Konfessionell-Religiöses fokussiert, wird nur noch bei gewünschter Sakramentenspendung angefragt – sonst aber kaum oder gar nicht.“

che Tätigkeit auf den Stationen ist grundsätzlich geprägt von einem engen Kontakt und Austausch mit dem Personal. Diese bereits gelegten Spuren waren für mich sehr hilfreich und ich erlebte sie als großen Vorteil, gerade in diesen Zeiten. [...] Außerdem bin ich der Meinung, dass Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger grundsätzlich in engem Kontakt mit den Entscheidungsträgern der jeweiligen Stationen, Abteilungen, Einrichtungen sein sollen. Sie sollten sich allerdings nicht nur von Meinungen dieser abhängig machen, sondern durchaus selbstbewusst ihr Dasein und Tun zeigen. Hier braucht es eine bewusste Haltung und Meinung und allem voran ein Selbstbewusstsein, das keine Zweifel daran lässt, dass professionelle Krankenhausseelsorge eine wichtige Ressource, wie vorhin bereits ausgeführt, für das gesamte System Krankenhaus sein kann.“ Die alltägliche Arbeit auf dem Stationsbetrieb, die Bekanntheit mit den Mitarbeiter*innen und bewährte Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Seelsorger*innen waren ein entscheidendes Kriterium dafür, dass Seelsorger*innen kommen durften. Es gab auch die Erfahrung, dass Stationsleitungen selbst initiativ Seelsorger*innen angerufen und gebeten haben, ihren Dienst trotz Besuchsverbots aufzunehmen.

- *Frage der Ressourcen:* Der Knappheit an Schutzausrüstung war es teilweise geschuldet, Seelsorge vor allem in kleineren Krankenhäusern nur in Ausnahmesituationen zuzulassen.

Gleichzeitig zeigt sich, dass andere Menschen in den Blickpunkt seelsorglicher Aufmerksamkeit gekommen sind: Angehörige, denen eine Verabschiedung oft nicht möglich war; Mitarbeiter*innen des Krankenhauses, die dafür zu sensibilisieren waren, selbst in religiösen Fragen und Handlungen kompetent zu werden¹⁵; das stark herausgeforderte medizinische Personal; die Reinigungskräfte; Mitarbeiter*innen im Homeoffice; schließlich das Küchenpersonal. So gab es trotz allem viel zu tun. Nach einem ersten Break der gewohnten Arbeitsabläufe und Rahmenbedingungen wurde hingehört und hin-geschaut, und die Praxis der Seelsorge hat sich verändert.

15 Der Praxisbericht von P7 streicht im Besonderen die Bedeutung der religiösen Kompetenz des Personals u. a. hervor.

2.3 Herausforderung für das Team und für die eigene Psychohygiene

Die Gefahr, an Covid-19 zu erkranken, hat alle Bürger*innen erfasst. So waren auch die Seelsorger*innen emotional einer Belastungsprobe ausgesetzt, vor allem jener, sich selbst, die eigene Familie oder auch Patient*innen im Dienst zu infizieren. Wie viel an Risiken darf dem/der Partner*in oder den Kindern zugemutet werden? Abstimmung innerhalb des Teams und Gespräche waren notwendig und der berufliche Alltag war durch ein Wechselbad der Gefühle begleitet, von Gefühlen der Angst, Unsicherheit und Bedrohung angesichts eigener Grenzen der Belastbarkeit und einer drohenden Überforderung.

Im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen durften die Seelsorger*innen im Homeoffice ihrer Tätigkeit nachgehen, was nicht nur zu einer zusätzlichen Entlastung geführt hat, sondern teilweise auch die Möglichkeit bot, selbst entscheiden zu dürfen, wie sehr man sich dem Risiko einer Ansteckung bzw. einer Übertragung aussetzt. Diese Wahlmöglichkeit hatten Menschen in anderen Berufsgruppen nicht.

In den Seelsorgeteams waren oft innere Spannungen in Situationen spürbar, wo eine Person auf die Station gehen durfte, eine andere wiederum nicht, zum Beispiel weil sie selbst zu einer Risikogruppe gehörte. Das Team konnte aber auch zu einem wichtigen entlastenden Faktor werden, wenn aufkommende Emotionen ausgesprochen werden durften. Darüber hinaus wurden auch der regelmäßige virtuelle Austausch mit Kolleg*innen aus anderen Teams sowie die (Hintergrund-)Arbeit der jeweiligen diözesanen Leitung der KHS als unterstützend erlebt. Jene Seelsorger*innen, die im Dienst waren, haben besonders auf eine angemessene Work-Life-Balance geachtet. Wo eine Nähe zum medizinischen, pflegerischen Personal möglich wurde, hat dies für besonderen emotionalen Zusammenhalt gesorgt und zur emotionalen Entspannung beigetragen. Letztlich schöpften einige auch aus ihrer Spiritualität Kraft für den Dienst und für den Umgang mit dieser besonderen Zeit, wie eine Seelsorgerin schreibt: „Meine Motivation, den Dienst in dieser Zeit zu tun, war letztlich eine geistliche: Dort zu sein, wo Gott im Tiefsten ist, bei den Leidenden, bei den Sterbenden, alles andere als dort zu sein, ergab keinen Sinn.“

3. Neue Wege entstehen, indem man sie geht

Die genannten Praxisbeispiele beschreiben nachdrücklich, inwiefern die klassische KHS durch das umfassende Kontaktverbot mit einer beispiellosen Herausforderung konfrontiert wurde. Seelsorge, wie wir sie bisher

kannten, Konzepte, die in langen Prozessen entwickelt wurden, und Rituale, die in modifizierter Form über Jahrhunderte gewachsen und praktiziert wurden – all das war, mit Ausnahme einzelner Sakramentenspendungen, von einem Tag auf den anderen nicht mehr möglich. Mit dem Wegfall all dieser Handlungsoptionen schien die Existenzberechtigung der Seelsorge selbst in Frage gestellt zu werden. Sie musste sich der Anfrage aussetzen, wie systemrelevant sie in einem modernen Krankenhaus im Kontext einer pandemischen Krisensituation ist. Zugespitzt heißt das: Gelingt es der KHS nicht, sich neue Handlungsräume zu erschließen und ihr „Wozu“ neu zu überdenken, bleibt ihr nur die Alternative, „das Licht auszumachen“ und schlicht und einfach nach Hause zu gehen.

3.1 Entschleunigung als Chance zur Standortbestimmung

Dem oben bereits eingeführten Begriff „Aufhören“ können im Deutschen wenigstens zwei Bedeutungen zugeordnet werden: zum einen „etwas beenden“, zum anderen „aufhören“, genau hinhören. Dieses Innehalten, um die momentane Situation genauer wahrnehmen und reflektieren zu können, ist der Zustand, in den die KHS angesichts der Pandemiesituation versetzt worden ist. Das heißt aber auch, sich die Offenheit zuzugestehen, sich von dem frei zu machen, was über weite Strecken den herkömmlichen Modus der KHS bestimmt hat, wie z. B. die systematische, aufsuchende Seelsorge auf den Stationen oder die Spendung der Sakramente. Kann es in dieser Weise gelingen, die KHS „neu zu erfinden“? In diesem Fall dürfte es nicht einfach darum gehen, Altes durch Neues unkritisch zu ersetzen, sondern vielmehr darum, aus einer supervisorischen Perspektive heraus für die Gegebenheiten und die Möglichkeiten seelsorglichen Handelns im Sinne eines Reframings neue Sinnzusammenhänge zu erschließen und diese zu gestalten.

Katholische Kolleginnen und Kollegen aus der österreichischen KHS haben uns in vielen Telefonaten wie auch in Form der vorliegenden Praxisberichte mitgeteilt, was sie Neues oder einfach nur Anderes gemacht haben. Die Evidenz dieses Befundes sollte sich in weiterer Folge befragen lassen dürfen, welche ableitbaren Kriterien für die zukünftige Arbeit der KHS formuliert werden können.

3.2 Neue Wege

Wie schon gesagt, wird es wohl nicht darum gehen, Altes durch Neues zu ersetzen. Neues entsteht bereits, wenn das Herkömmliche aus einem anderen Impetus heraus gestaltet wird.¹⁶ Dabei kommt es bereits allein dadurch zu Akzentverschiebungen, dass man überkommene Praktiken bewusster und reflektierter zum Einsatz bringt und nicht einer bloßen programmatischen Gewohnheit folgt.

3.2.1 Nur zwischen den Stühlen lässt es sich aufrecht stehen

Es wurde bereits beschrieben, dass seelsorgliches Handeln im Krankenhaus sich wesentlich in einem „Dazwischen“ vollzieht. Im Raum des Dazwischen werden einerseits die Grenzen spürbar und die Handlungsspielräume sind beschränkt. Grenzen geben andererseits aber Kontur und machen die bestehenden Freiräume umso sichtbarer. So mag es darum gehen, die (neuen) Handlungsspielräume „zwischen den Stühlen“ zu sehen und gestalterisch tätig zu werden.

Es ist eine systemische Realität, dass ein(e) Krankenhauseelsorger*in sich in einem Spannungsfeld verschiedener Aufträge und unterschiedlicher Rollenerwartungen befindet. Die Anstellung und die damit verbundene Dienstverpflichtung besteht meist gegenüber der Institution Kirche. Das konkrete Arbeitsfeld befindet sich dagegen innerhalb des multiprofessionell organisierten Systems Krankenhaus, in dem es eigene Regeln und spezifische Anforderungen gibt. All dies steht in enger Beziehung zu dem jeweiligen religiös-spirituell motivierten Sendungsbewusstsein im Geiste Jesu, das eng mit der persönlichen Berufung der betreffenden Person verbunden ist. Und schließlich gibt es die ganz persönlichen Anforderungen und „Aufträge“, die z. B. durch die eigenen Befindlichkeiten, Ängste und Grenzen definiert werden, oder auch durch die Verantwortung, die man anderen Familienmitgliedern gegenüber empfindet. Diese Ansprüche, Aufträge und Rollenerwartungen sowie die Sorge um die eigene Psychohygiene stehen angesichts der aktuellen Pandemiesituation allzu oft im Wi-

16 P8 (leitet ein KHS-Team an einem Uniklinikum) berichtete in Bezug auf den Covid-Bereich von einem umfassenden Zutrittsverbot für die Krankenhauseelsorger*innen am Beginn der Pandemiesituation. Zur Spendung des Sterbesegens wurde die Lösung gefunden, dass stationseigene freiwillige Pflegekräfte dazu angeleitet und ermutigt wurden, eine kompakte Variante des Sterbesegens zu spenden.

derstreit. Der kirchliche Auftrag, als Seelsorger*in zu den Kranken zu gehen, wird, wie zuvor bereits beschrieben, aufgrund von Restriktionen durch die Krankenhausleitung untersagt. Die Möglichkeit, als Seelsorger*in im ausgewiesenen Covid-Bereich den Dienst versehen zu dürfen, steht möglicherweise sehr schnell im Widerspruch zu persönlichen Ängsten, selbst infiziert bzw. eine Gefahr für eigene Familienangehörige zu werden. Im Betreten dieses Neulands ist jede(r) Seelsorger*in herausgefordert, die eigene Position in diesem dynamischen Balancezustand zwischen Auftrag und Selbstschutz zu definieren. Und oft genug wird es ein Arbeiten „zwischen den Stühlen“, wo die herkömmlichen Rollen nicht (mehr) tragen werden.

Aufgrund der Praxisberichte und ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, werden nun drei Fahrten gelegt, die sich an biblischen Motiven orientieren und anschlussfähiges seelsorgliches Handeln beschreiben.

3.2.2 „Ich werde dort sein, wo du bist.“ (Ex 3,14)

Den Gottesnamen, den Moses am brennenden Dornbusch erfragt hat, übersetzt Martin Buber mit einem innigen Beziehungsgeschehen: „Ich werde dort sein, wo du bist!“¹⁷ Allein die Beziehung im Hier und Jetzt verändert die Voraussetzungen und lässt den Kontext in einem anderen Licht erscheinen. Es gibt keine starren situativen oder institutionellen Bedingungen. Der Moment der Begegnung wird zur Gotteserfahrung.

Was in dieser Sequenz beschrieben wird, ist der grundlegendste Habitus einer seelsorgenden Person: dort zu sein, wo die Freude und das Leid¹⁸ der Menschen ist, denen der/die Seelsorger*in begegnet, sie zu begleiten und das Leben dort miteinander zu teilen, wo es gerade stattfindet. Wo die ausgewiesenen Orte seelsorglichen Handelns, wie z. B. rituelle Handlungen in sakralen Räumen, situationsbedingt stärker in den Hintergrund treten, sind es – auch situationsbedingt – nun vielleicht die Begegnungen „zwischen Tür und Angel“, die etwas von der göttlichen Zuwendung im menschlichen Wort und/oder einer Geste der Achtsamkeit, spürbar werden lassen.

17 Siehe Staudacher, Ich werde sein, wo du bist.

18 Siehe dazu die Pastoralkonstitution „Gaudium et spes“ 1: „Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Menschen von heute, besonders der Armen und Bedrängten aller Art, sind auch Freude und Hoffnung, Trauer und Angst der Jünger Christi.“

In den Praxisberichten wird diesbezüglich von Akzentverschiebungen berichtet, die auf Chancen seelsorglicher Begegnungen mit Personen verweisen, die vorher weniger im Blick waren.¹⁹ Beispielsweise kommen Reinigungsfachkräfte mit ihren Ängsten vermehrt ins Gespräch mit Seelsorger*innen, weil sie es sind, die neben dem Schmutz auch kontaminierte Kleidung und medizinischen Abfall entsorgen müssen. Führungskräfte sind offener für ein Wort des Zuspruchs oder einfach nur für ein verschwiegenes, aber offenes Ohr, weil die Last der Verantwortung während dieser tückischen Krisensituation viel stärker drückt als unter herkömmlichen Alltagsbedingungen. Zudem zeigt sich in den Reflexionen, dass vermehrt hauseigene Video- oder Radioübertragungen von Gottesdiensten, Impulsen und Andachten in die Patientenzimmer an Bedeutung gewonnen haben. Aber auch von neu entstandenen Ideen wie mobilen Seelsorgeteams die zu Gesprächen und zu speziellen Angeboten eingeladen haben, wurde berichtet.

Auf dem langen Weg ins „Gelobte Land“ wurde Moses durch Gott an die unterschiedlichsten Orte und in die unterschiedlichsten Situationen hinein gesendet. Doch Gott war immer mit ihm. Dort, wo sich die Seelsorger*innen in die Lebenssituationen all jener Menschen mit hineinnehmen lassen, denen sie im Krankenhaus begegnen, werden sie in neuer Weise Zeugen, Bürgen und Botschafter der Alltagstauglichkeit der Liebe Gottes und seiner Zuwendung.

3.2.3 „... [U]nd [er] sandte sie je zwei und zwei vor sich her in alle Städte und Orte ...“ (Lk 10,1) – Krankenhausseelsorge als die Kunst des vernetzten Arbeitens

Die oben beschriebenen diversen Aufträge, Rollen und Zugehörigkeiten von Seelsorger*innen in zudem sehr unterschiedlichen und ausdifferenzierten Systemen und Handlungsfeldern machen es evident, dass seelsorgliches Handeln immer auch Netzwerkarbeit ist.

Im Lukasevangelium ist davon zu lesen, dass Jesus zweiundsiebzig Jünger zu je zwei und zwei in all jene Städte und Orte vor sich her schickte, in

19 Siehe dazu das Konzilsdekret „Apostolicam actuositatem“ 8: „Der barmherzige Sinn für die Armen und Kranken und die so genannten caritativen Werke, die gegenseitige Hilfe zur Erleichterung aller menschlichen Nöte, stehen deshalb in der Kirche besonders in Ehren. [...] Das caritative Tun kann und muss heute alle Menschen und Nöte umfassen.“

die er selbst noch zu gehen beabsichtigte. Hier wird Vernetzung in mehrfacher Hinsicht verdeutlicht:

Je „zwei und zwei“ – Der Dienst als Krankenhausseelsorger*in ist im Modus des „Einzelkämpfers“ nicht denkbar. Der Mehrwert des kollektiven Miteinanders und/oder der Arbeit innerhalb eines Teams, sind während der Bedrohung durch die Pandemiesituation deutlich zutage getreten. Der tagesaktuelle Austausch, ein größerer Ideenpool angesichts neuer Situationen und die Unterstützung durch die kollegiale Peererfahrung stärken die Psychohygiene und erhalten die Handlungsfähigkeit. Die Verantwortung für das große Ganze ruht auf mehreren Schultern, selbst wenn es eine(n) letztverantwortliche(n) Teamleiter*in gibt. Schließlich kann die operative Verbundenheit in der Kolleg*innenschaft auch als intervisorisches Korrektiv dienen, in dem die gemeinsame Arbeit in der Spannung zu den jeweils persönlichen Bedürfnissen reflektiert werden kann.

„... und [Er] sandte sie ...“ – Krankenhausseelsorger*innen sind im theologischen Sinne letztlich „Botschafter an Christi statt“. (Vgl. 2 Kor 5,20) Das heißt, dass es neben den formalen institutionellen Aufträgen darüber hinaus einen tieferen Sinn und einen umfassenderen Auftrag gibt.²⁰ So sind sie Teil dieser unterschiedlichen Systeme und Arbeitsfelder, für die sie vielfältige Verantwortung tragen. Zugleich handeln und sprechen sie aus einer Glaubenshoffnung heraus, die menschliche Belastungen, Leid und Tod zwar nicht leugnet, die es jedoch vermag, für die begleiteten Menschen ermutigende und sinnstiftende Akzente zu setzen.

3.2.3 „Was denn?“

In der Emmausgeschichte (Lk 24) begegnet der auferstandene Jesus unerkannt zwei Jüngern auf ihrem Weg. Auf ihre Frage, ob er der Einzige sei, der von der Kreuzigung eines gewissen Jesus in Jerusalem nichts mitbekommen habe, antwortet er schlicht: „Was denn?“

20 In den Aussagen des II. Vatikanischen Konzils wird aufgefordert, die Not der Armen und der Leidenden zu lindern. Siehe dazu die Dogmatische Konstitution „Lumen gentium“ 1: „In den Armen und Leidenden erkennt sie [die Kirche] das Bild dessen, der sie gegründet hat und selbst ein Armer und Leidender war. Sie müht sich, deren Not zu erleichtern.“

Die erste und grundlegende Voraussetzung für eine redliche KHS ist das aufrichtige Interesse am Menschen und an seiner Lebensgeschichte. Dieses Interesse kann durch vielerlei Arten anschlussfähiger Kommunikation zur Begegnung werden. Jesus, der selbst in Jerusalem gestorben ist, bleibt ganz bei dem Kummer und der trauernden Sorge, die den beiden Jüngern die Augen verschlossen halten. Er selbst nimmt sich zurück. Er spendet keinen billigen Trost, sondern nimmt sie an in ihrem Schmerz und ihrer Enttäuschung und geht einfach mit ihnen.

Diese Wegbegleitung durch Krankenhausseelsorger*innen hat während der Corona-Pandemie im Hier und Jetzt der alltäglichsten Orte und Situationen des Krankenhauses stattgefunden: im Gespräch mit der Pflegekraft am Ende ihres Dienstes und am Ende ihrer körperlichen und emotionalen Kräfte; in der Ermöglichung eines Telefonates einer Patientin mit ihren Angehörigen, wo der persönliche Besuch untersagt war; in einer Geste des basalen Zuspruchs, wo die Seelsorgerin dem Krankenhauspersonal einen Kartengruß und einen selbstgebackenen Kuchen oder Schokolade vorbeibringt. Ich gehe mit. Ich trage mit. Ich suche Ermöglichungsoptionen, damit Kommunikation fließen kann und die Sorge, der Kummer, aber auch die Freude über Heilung und geglückte Begegnungen einen Ausdruck finden können.

4. Schlussbemerkung

Im Auf-hören und Innehalten, im „Dazwischen“, im Verweilen und Betrachten dessen, was um einen herum geschieht, jenseits aller herkömmlichen Routinen, eröffnen sich für die Praxis der KHS ansatzweise neue Wege und neue Perspektiven, die vermutlich immer schon da waren. Es bestehen Kummer und tiefe Irritationen über all das, was an Liebgewonnenem zurzeit nicht mehr möglich ist. Doch erst diese veränderte Situation unserer Umwelt gewährt uns andererseits neue Freiräume, die uns in der KHS zuvor wohl kaum jemals als eine Option vorgekommen wären.

Grundsätzlich gilt es eine neue, achtsame Offenheit für alle Menschen zu gewinnen, denen ein(e) Krankenhausseelsorger*in begegnet – im jeweiligen Hier und Jetzt, absichtslos und mit der handlungsleitenden Frage Jesu: „Was willst Du, dass ich Dir tue?“ (Lk 18,41)

Literatur

- Klessmann, Michael: Die Fremdheit und Widerständigkeit der Seelsorge im Krankenhaus, in: Roser, Traugott: Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen ⁵ 2019, 391–401.
- Klessmann, Michael: Einleitung: Seelsorge in der Institution Krankenhaus, in: Ders. (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen: V&R ⁴2013, 15–29.
- Methfessel, Annedore: Die Bedeutung der KSA in der Aus- und Fortbildung für Krankenhausseelsorge, in: Roser, Traugott: Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen: V&R ⁵2019, 471–486.
- Rahner, Karl/Vorgrimler, Herbert: Kleines Konzilskompodium, Freiburg i. Br.: Herder Verlag ¹⁸1985.
- Staudacher, Johannes: Ich werde sein, wo du bist. Was Trauerbegleitung ausmacht. Wien-Graz-Klagenfurt: Styria Verlag 2011.

Praxisberichte

BERTHOLD BROTTTRAGER, LKH Hochsteiermark, Standort Leoben

ELFIE HAINDL, UK Tulln

MICHAELA HIRZER-WEISS, Krankenhaus der Elisabethinen und Kreuzschwestern Graz

GERHARD HUNSDORFER, LKH Salzburg

PETRA LACKNER-HAAS, Kinderklinik Universitätsklinikum Graz

ERWIN LÖSCHBERGER, UKH Graz

CHRISTIANE SCHALK, LK Lilienfeld

SYLVIA STRÖBITZER, Krankenhausseelsorge Krems

„Unsere täglichen Besuche gib uns heute ...“ Krankenhausseelsorge und Besuchsverbot

Gerhard Hundsdorfer

BESUCHSVERBOT – Ein Wort, in großen Buchstaben und fetter Schrift geschrieben und an jeder Zimmertür zu lesen, gehört seit Ausbruch der Corona-Pandemie lange Zeit zum Krankenhausalltag wie Bereichskleidung, FFP-Maske und Einmalhandschuhe.

Freundlich formuliert, aber doch konsequent gehandhabt in der Umsetzung, gehört diese Maßnahme zu den erstgereihten, weil probatesten Mitteln im Kampf gegen die Ausbreitung des Virus im Krankenhaus. Der Schutz von Patientinnen und Patienten sowie von Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeitern rechtfertigte diese Grenzziehung, weswegen sie auch von den Betroffenen größtenteils aus Vernunftgründen eingesehen und befolgt wurde.

Trotzdem meldete sich in der emotionalen Befindlichkeit Widerstand, setzte diese Maßnahme doch etwas aus, das für einen guten, menschlich stimmig gestalteten Krankenhausaufenthalt bis dahin ebenso wichtig wie unverzichtbar schien: die Möglichkeit, vertraute Menschen zu sehen, sich persönlich nach dem Befinden seiner Lieben zu erkundigen, den Krankenhausalltag mit einem Gespräch über Gott und die Welt zu unterbrechen und nicht zuletzt sich leibhaftig von einem sterbenden Menschen verabschieden zu können.

1. „Ich bitte Sie, Ihre Regelbesuche einzustellen. Standard ist nicht in der Krise!“

In eben dieser Spannung von Einsicht und Widerstand bewegten sich in diesen Tagen Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger. Eine wesentliche Aufgabe ihres täglichen Dienstes war infolge des Besuchsverbots zumindest eingeschränkt, wenn nicht gar verunmöglicht. Denn in nicht wenigen Kliniken stuften Krisenstäbe Seelsorgebesuche mit Blick auf die Gesamtsituation weniger hilfreich als vielmehr riskant ein. Frick fasst pointiert zusammen:

[...] Seelsorge und Psychotherapie im klinischen Kontext müssen sich fragen (lassen), ob sie *wirklich notwendig* sind. Es kommt zur Abwägung zwischen Hygiene und Prävention einerseits und dem psychosozio-spirituellen Aspekt andererseits. Die somatische, materielle Dimension ist so dominant, dass für die spirituelle kein Platz zu sein scheint. Wird auch Spiritual Care aufgeschoben auf bessere Zeiten, wie abgesagte Kongresse, Konzerte, Gottesdienste?¹

Am Uniklinikum Salzburg, dem zentralen Behandlungsort für an Covid-19 Erkrankte im Bundesland Salzburg mit einer Kapazität von 108 Intensivbehandlungsplätzen und 199 stationären Normalbetten, erhielt das Seelsorgeteam in der ersten Woche im Krisenmodus auf Anfrage vom Ärztlichen Direktor entsprechend die Auskunft: „Ich bitte Sie, Ihre Regelbesuche einzustellen. Standard ist nicht in der Krise!“ Konkret bedeutete dies: Weder im Non-Covid-Bereich noch im Covid-Bereich sollte Seelsorge die Möglichkeit bekommen, ihren Auftrag zu erfüllen, kranke Menschen nicht alleine zu lassen, ihnen unmittelbare Zuwendung zu schenken und den Betroffenen so auch die bleibende Zuwendung Gottes zu versichern. Es zeigte sich in diesen Tagen ein Alltag mit konträren Facetten:

- der pastorale Auftrag zum Krankenbesuch im Sinne Jesu („Ich war krank und ihr habt mich besucht.“) – die Botschaft des von medizinischer Logik dominierten Covid-19-Krisenstabes: „Standardseelsorgebesuche sind nicht möglich.“
- die Empfehlung des Covid-19-Krisenstabes der Erzdiözese Salzburg, *#trotzdemnah* zu sein – die Wahrung der Loyalität zu den Bestimmungen im Krankenhaus
- an den Schreibtisch gebundene Kolleginnen und Kollegen, die abwarten und schließlich nach alternativen Möglichkeiten der Kontaktaufnahme suchen müssen – der Wunsch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege, die Seelsorge solle die Patientinnen und Patienten persönlich besuchen, denn es sei wichtiger denn je

Deutlich wird in diesem Krisenszenario, für das es keinen vergleichbaren Erfahrungshintergrund gibt, dass Krankenhausseelsorge „prinzipiell in einem ‚Zwischen‘-Raum angesiedelt [ist]“². Markant und scharf zeigen sich die Spannungsfelder, in denen Krankenhausseelsorge arbeitet.

1 Frick, Corona – eine spirituelle Erfahrung?, 205 (Hervorh. im Original).

2 Klessmann, Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, 14. Zur Diskussion dieses Leitbildes: Vgl. Roser, Seelsorge im Krankenhaus, 16–20.

Zwei davon sind im Besonderen berührt: „Seelsorge zwischen Kirche und Krankenhaus“ und „Seelsorge zwischen gesicherter Rechtsstellung und struktureller Bedeutungslosigkeit“³. Krankenhausseelsorge bezieht ihre Identität sowohl von der Kirche als auch aus dem Krankenhaus; infolgedessen hat sie sich mit zwei sehr unterschiedlichen Erwartungshorizonten auseinanderzusetzen. Und sie verfügt darüber hinaus über eine gesicherte Rechtsstellung. Tatsächlich scheint sie aber in der aktuellen Lage kaum Bedeutung zu haben, insofern die personale Präsenz am Krankenbett zugunsten anderer distanzierterer Kontaktmöglichkeiten (z. B. telefonischer Seelsorge) verzichtbar erscheint.

Nachdem „es eine wichtige Aufgabe derer [ist], die diese Arbeit tun, die Spannungen und Ambivalenzen, die sich daraus ergeben, auszuhalten und kreativ fruchtbar zu machen statt sie einseitig aufzulösen“⁴, muss das Besuchsverbot hinterfragt und auf mögliche Lockerungen hin geprüft werden. Dieses Vorhaben stellt freilich eine Gratwanderung dar: Systemsensibilität und das selbstbewusste Einbringen der eigenen Professionalität sind in Einklang zu bringen. (In den Alltag übersetzt: Zur medizinischen Bewältigung der Krise wurde die gesamte Klinikorganisation verändert, Hygiene- und Behandlungskonzepte mussten erarbeitet werden, ständig änderten sich Leitfäden und Richtlinien oder wurden neu erlassen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter waren entsprechend verunsichert, Abläufe in Medizin und Pflege mussten neu aufeinander abgestimmt werden u.v.m. In dieser Situation galt es, bestmöglich, mit aller Kraft und allen Möglichkeiten, aber auch mit aller Sensibilität und Behutsamkeit sowie Umsicht den seelsorglichen Dienst anzubieten und gegebenenfalls zu vollziehen.)

2. „Wir wollen nicht unmenschlich sein. Besuche im Non-Covid-Bereich sind möglich.“

Mit Blick auf die Rückmeldung des Pflegepersonals und auf den unersetzbaren Beitrag der Seelsorge im Kontext der Begleitung von kranken und sterbenden Menschen wurde eine Woche später eine neuerliche Anfrage beim Ärztlichen Direktor vorgenommen. „Wenn Sie es stemmen können, dann führen Sie Besuche im Non-Covid-Bereich durch. Wir wollen trotz allem nicht unmenschlich sein“, so dessen Fazit nach Bewertung der Lage.

3 Vgl. Klessmann, Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, 15–16.

4 Klessmann, Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, 14.

Die Geschichte von Frau B. zeigt exemplarisch die Wichtigkeit und die positiven Effekte der Gewährung des persönlichen Zugangs zu Betroffenen auf:

Frau B. ist 73 Jahre alt, chronisch herzkrank und mir als Seelsorger von früheren Krankenhausaufenthalten bekannt. Sie musste nun doch wieder ins Krankenhaus gebracht werden. Eigentlich sollte ihr das erspart bleiben. Ihre prekäre körperliche Verfassung ließ der Hausärztin wohl keine andere Wahl. Der Preis: die Trennung von der geliebten Familie. Und nun? Besuchsverbot. Die Patientin selbst ist zu müde zum Telefonieren. Der Ausweg? „Könnte nicht die Seelsorge einspringen?!“, fragt die Tochter an. Gesagt, getan. Täglich. Es verschärft sich zunehmend der Eindruck, was die Patientin selbst klar in Worte fasst: „Ich möchte meine Kräfte schweben lassen. Ich kann nicht mehr, ich will sterben. Sagen Sie meiner Familie, dass ich sie lieb habe.“ Nach jedem Besuch rufe ich die Tochter an: Ich erzähle von meinen Eindrücken. Sie hört. Ich richte Grüße aus und übermittle Botschaften der Mutter. Sie schweigt. Sie ringt mit den Tränen. „Ja, ich spüre es auch, meine Mutter wird das nicht mehr überleben. Sie darf gehen. Und wenn es soweit ist, dann dürfen wir auch zu ihr, hat die Ärztin versprochen.“ Am Ende eines jeden Telefonats: Dankbarkeit, dass sie wenigstens über die Seelsorge ihrer Mutter nahe sein kann. Schließlich arrangiere ich ein Telefonat zwischen Mutter und Tochter. Ich wähle, gebe der Patientin das Telefon, ein freudiges „Hallo, wie geht’s dir?“ Die Tochter fällt in einen Redefluss, spricht unentwegt. So viel hat sie ihr noch zu sagen. „Wir passen auf Vati auf. Mach dir keine Sorgen, du darfst loslassen!“ – und anderes mehr. Die Patientin hört zu, ein schwaches „Ja!“ als Antwort, dann schläft sie ein. Die Tochter merkt es nicht. Redet weiter. Erst als ich das Telefon nehme und ihr das sage, bricht ihr Reden ab. Was bleibt: „Schön, dass ich meine Mutter noch einmal gehört habe! Danke!“ – Frau B. stirbt eine Woche später. Ihre Tochter erhält eine Ausnahmegenehmigung und darf die letzten beiden Tage ganztags bei ihr sein, Nächtigung inklusive. Bei meinem Besuch eine Stunde vor dem Tod der Patientin bedankt sich die Tochter nochmals für meine Besuche und die Telefonate. Es sei so wichtig für sie gewesen, unabhängig von ärztlicher Auskunft zu erfahren, wie es ihrer Mutter wirklich geht, wie sie in der persönlichen Begegnung erlebt wird.

Eine skizzenhafte Analyse des Begleitprozesses verdeutlicht die Folgen des Besuchsverbots für Patientin und Angehörige, und zeigt zugleich auf, was Seelsorge als Stellvertretung aufzufangen vermag. Frau B. ist durch den Krankenhausaufenthalt sozial isoliert, ihr fehlen in den letzten Lebenstagen, in der Phase ihres Loslassens, die Vertrautheit und Geborgenheit der häuslichen Umgebung. Verschärft wird diese Entfremdung durch das Aus-

bleiben ihrer nächsten Angehörigen, die emotionales Getragensein, Wärme, Liebe und Unterstützung vermitteln könnten. Die Angehörigen können diesem Auftrag, den sie auch für sich selbst erfüllen wollen, nicht nachkommen. Sie sind zudem in einem hohen Maße selbst unterstützungsbedürftig. Ihnen bleiben das Erleben von Schmerz und Leid sowie das Begleiten des Weges des Abschiednehmens vom nahestehenden Menschen (zunächst und über weite Strecken) verwehrt. Die Entscheidungssituation, ob noch weitere lebenserhaltende Therapien vollzogen werden sollen, können sie nur fernmündlich begleiten. Aus dieser Distanz heraus müssen sie sich auf die medizinische Kommunikationskultur einstellen, die einen ganz spezifischen Blickwinkel auf Körper und Krankheit ins Wort fasst. Der persönliche Blick auf die Empfindungen der Patientin sowie die dialogische Rücksprache mit ihr, was Angehörige als Sprachrohr für sie vermitteln sollen, sind nicht möglich.

Der Seelsorger ist in dieser Situation Kontaktperson und als solcher Stellvertreter der Angehörigen und Brückenbauer zwischen Patientin und Tochter. Seine Präsenz am Krankenbett ermöglicht personale Begegnung, die Telefonate einen mitmenschlichen Austausch. In beide Richtungen geschieht emotionale Entlastung durch die im Seelsorger vermittelte Unmittelbarkeit. Zusätzlich zu den medizinischen Fakten und der daraus resultierenden finalen Lebenssituation spielt die „Dimension der Gefühlsarbeit“⁵ eine wichtige Rolle; Trauerarbeit kann dadurch begleitet werden.

Mit einem Wort: Seelsorge leistet einen unersetzbaren und speziellen Beitrag im Begehen und in der Bewältigung dieses Prozesses, dem weder Ärzteschaft noch Pflegekräfte in dieser Intensität nachkommen können. In der personalen, direkten Begegnung schafft sie einen Raum, der Erleben, Erzählen und dialogischen, wenn man so will, auch trialogischen Austausch ermöglicht. Seelsorge erweist sich im Kontext des Besuchsverbots aufgrund ihrer kommunikativen Möglichkeiten als unverzichtbar.⁶

Mit der generellen Besuchserlaubnis ist zwar der Weg zur Wiederaufnahme des regulären Seelsorgedienstes am Krankenbett geebnet, in der konkreten Umsetzung gewinnt dann allerdings eine grundlegende Fragestellung an Bedeutung: Welches Risiko gehen Seelsorgerinnen und Seelsorger mit Besuchen am Krankenbett ein, wie gehen sie mit ihren eigenen Sorgen, mitunter auch Ängsten um? Die Ausgangslage ist eindeutig: Im Krankenhaus ist die Gefahr der Ansteckung Dritter durch Seelsorgerinnen und Seelsorger wie auch die Gefahr der Eigenansteckung erstens höher

5 Klessmann, Einleitung: Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, 18.

6 Vgl. Roser, Krankenhausseelsorge und Spiritual Care, 230–231.

und zweitens in ihren möglichen Auswirkungen noch folgenreicher und einschneidender. Die Antwort auf dieses Dilemma hingegen fällt verschieden aus: Objektive Kriterien, wie z. B. die Verringerung der Gefährdung durch die Einhaltung entsprechender hygienischer Maßnahmen, stehen im Widerstreit mit subjektiven Risikobewertungen und Gefühlslagen. Die teaminterne Diskussion wird kontrovers geführt. Es zeigt sich die Spannung zwischen zwei Polen: die kirchliche Sendung, der seelsorgliche Auftrag, der aus dem Evangelium abgeleitete Anspruch zur Hingabe auf der einen Seite; die Selbstfürsorge sowie die Pflicht zum Schutz nahestehender Angehöriger, die womöglich auch einer Risikogruppe angehören, auf der anderen Seite. Entscheidend dabei scheint im Sinne der Unterscheidung der Geister der Blick auf die Frage zu sein, wohin die eigene mit Sorge verbundene Risikobewertung führt bzw. wohin die offensive Bereitschaft zum bedingungslosen Dienst. Eine Gewissensentscheidung wird den Seelsorgenden in jedem Fall abverlangt. Letztlich sind Sorgen, Befürchtungen und Ängste sehr ernst zu nehmen und sie können im Entscheidungsfall ausschlaggebend für ein Nein sein; niemand soll gezwungen werden. Um dennoch das Vertrauen zu stärken, das Sicherheitsgefühl zu erhöhen und dem de facto bestehenden erhöhten Ansteckungsrisiko angemessen zu begegnen, sind Informationen zur Hygiene und einschlägige Schulungen unverzichtbar. Nur so kann ein verantwortlich gestalteter Seelsorgedienst gewährleistet sein. Die konsequente Einhaltung dieser Regelungen wird in Verbindung mit mutiger, nicht zuletzt auf Gottvertrauen beruhender Hingabebereitschaft die Ausübung von Seelsorge auch unter diesen besonderen Umständen ermöglichen.

3. „Es ist gut, wenn es auch im Covid-Bereich Seelsorge gibt!“

Die Erwägungen und Entscheidungen zur Frage von Eigenschutz und Sendung intensivieren sich, wenn der Auftrag zur seelsorglichen Begleitung von an Covid-19 Erkrankten gesucht bzw. konkret wahrgenommen wird. Aus dem Vorbild Jesu, der nach biblischem Zeugnis beispielsweise die direkte Begegnung mit an Aussatz leidenden Menschen suchte, ergibt sich alternativlos der Anspruch an die Krankenhausseelsorge, auch für infektiöse Patientinnen und Patienten Ansprechperson zu sein. Dementsprechend erfolgte ein drittes und letztes Gespräch mit dem Ärztlichen Direktor des Uniklinikums, um die diesbezüglichen Möglichkeiten auszuloten. Die Erlaubnis kam ebenso prompt wie überraschend: „Analog zu Konsiliardiensten dürfen Seelsorgerinnen und Seelsorger auf Anforderung im Covid-Bereich arbeiten – unter strikter Einhaltung der Hygienevorschriften, was

persönliche Schutzausrüstung und das An- und Auskleiden betrifft. Letztere Maßnahme stellt nachfolgende Besuchsmöglichkeiten im Non-Covid-Bereich sicher. Es ist gut und wichtig, wenn Seelsorge im Covid-Bereich präsent ist und die Patienten Begleitung finden!⁷

In vielen Handreichungen für Seelsorgerinnen und Seelsorger⁸ wird mit gutem Grund auf die Nutzung von technischen Möglichkeiten (Telefon, Videotelefonie) verwiesen, um in Kontakt mit Covid-19-Patientinnen und -Patienten treten zu können. Die Erlaubnis zum persönlichen Besuch eröffnet indes weitreichendere Möglichkeiten in der Begleitung der isolierten, äußerst belasteten und schwer kranken Menschen; sie erweitert die Optionen in der Begleitung von Angehörigen, weil der direkte Zugang tiefere Weisen von Stellvertretung bietet. Zudem ergibt sich daraus ein Zusammentreffen und ein gemeinsames Arbeiten mit dem medizinischen, dem pflegerischen und anderweitigem therapeutischen Personal, was eine unverzichtbare Grundlage adäquater Seelsorge für Krankenhausmitarbeiterinnen und -mitarbeiter darstellt. Die Einschränkung „auf Anforderung“ trägt der priorisierten Zuteilung von persönlicher Schutzausrüstung für Mediziner und Pflegekräfte Rechnung und der Hinweis auf Hygienerichtlinien setzt klare Rahmenbedingungen, die größtmögliche Sicherheit in alle Richtungen bieten.

Es ist allerdings ein eigenartiges Gefühl, die Covid-Klinik erstmalig zu betreten. In der ersten Wahrnehmung erweist sie sich mit all den baulichen Vorkehrungen und hygienischen Reglementierungen als Festung. Zugangsberechtigter werde ich wegen des freigeschalteten Dienstausweises; ausgestattet mit eigener Bereichskleidung und weiterer Schutzausrüstung erlebe ich mich als Teil des Teams. Anspannung liegt in der Luft, Unbehagen und Verunsicherung melden sich. Die Konzentration auf den eigenen Auftrag sowie die mitmenschliche Begegnung mit überlebenden, sterbenden und verstorbenen Patientinnen und Patienten bringen Sicherheit zurück, ich befinde mich auf vertrautem Terrain.

Nach Bekanntgabe der Erlaubnis für Seelsorgebesuche auf allen Covid-Stationen kam es zunächst nur vereinzelt zu Anforderungen, diese Einsätze auf Intensiv- wie auf Normalstationen gestalten sich jedoch fachlich anspruchsvoll und menschlich berührend. Beispielhaft hierfür soll die Beglei-

7 Ich danke dem Ärztlichen Direktor Prof. Dr. Jürgen Koehler, MA, sehr für seine Wertschätzung und für die schrittweise Eröffnung der weitreichenden Besuchsmöglichkeiten, verbunden mit der Einsicht in die Wichtigkeit seelsorglicher Begleitung gerade auch von infektiösen Patientinnen und Patienten.

8 Vgl. Roser et al., Die Corona-Pandemie als Herausforderung für Spiritual Care, 2.

tung einer Patientin vorgestellt werden, die im Folgenden (summarisch zusammengefasst) beschrieben wird:

Die 69-jährige Frau K. hat in den letzten Märztagen 2020 das positive Testergebnis erhalten und verbringt nun schon mehrere Wochen auf der Covid-Normalstation. Die Symptome der Erkrankung, die nicht allzu stark ausgeprägt waren, sind abgeklungen, als sich ein besonders zäher Kampf einstellt. Denn zur Entlassung sind zwei aufeinanderfolgende negative Testergebnisse erforderlich. Bei Frau K. wechseln aber negatives und positives Testergebnis zum wiederholten Male einander ab. Die Physiotherapeutin wird auf die innere Not der Patientin aufmerksam, fragt behutsam nach und bringt in Erfahrung, dass seelsorgliche Begleitung als hilfreich erlebt werden würde. Ärztlicherseits wird der Erfüllung dieses Wunsches zugestimmt, die zuständige Pflegeschwester übernimmt die Kontaktaufnahme mit mir. Damit beginnt ein seelsorglicher Begleitprozess, der mehrere Wochen andauert und tägliche Besuche beinhaltet. Die spirituelle Hilfe für die Patientin bleibt im Blick des Behandlungsteams. So erkundigen sich die diensthabenden Ärzte, ob der Seelsorger zu Besuch kommt. Nahezu ritualisiert sprechen wir über die Befunde, welche Hoffnung, Enttäuschung und ein immer wieder neues Ringen um Geduld und Aushalten herausfordern. Die Sorge um die Familie, vor allem um den Ehemann, der zur Covid-Hochrisikogruppe gehört, wächst immer weiter an. Wie kann sie mit ihm gut im Gespräch bleiben? Wie kann sie ihm helfen? Was darf sie ihm auch zutrauen? – All diese Fragen schwirren ihr im Kopf herum. Auch die Gottesfrage wirft die gläubige Frau auf. „Was will mir Gott damit zeigen, was will er mich lehren?“, so die Stoßrichtung ihrer Überlegungen. Lichtblicke sind für sie die mitmenschliche Zuwendung des Klinikpersonals und die alles überbietende Geburt der Urnenkelin, die sie aufgrund ihrer Isolation nicht mit ihrer Familie feiern kann. Fotos der Neugeborenen geben ihr Anteil an diesem freudigen Ereignis. Zum Abschluss eines jeden Besuchs beten wir gemeinsam, z. B.: „Gott, bei Dir ist das Licht, Du vergisst mich nicht ...“⁹.

Für mich als Seelsorger sind folgende Gedanken des Jesuitenpaters Karl Kern leitend:

Wir sind zum stillen Gebet angehalten. Stille, Einkehr, Ernstnehmen der Verborgenheit Gottes sind angesagt. Gottes Zuwendung, sein

9 Vgl. Taizé-Lied: „Aber du weißt den Weg für mich“, in: Ateliers et Presses de Taizé, Chants de Taizé, 139.

Wort begeben sich ins Schweigen. Sich im Schweigen vor Gott auszuhalten, ist Karsamstagsgebet. Aus dem Schweigen heraus können wir aussprechen, was uns bedrängt, wie Jesus am Ölberg. Keiner muss tapferer sein als der Herr selbst. Bei allem aktiven Zugehen auf Gott heißt es jedoch noch mehr, sich passiv in seinem Schmerz Gott zu überlassen. Nicht in Ärger, Unmut oder Anklage sich verfangen und hängen bleiben.¹⁰

Zwei Aspekte sollen zur Analyse herausgehoben werden:

Dieser Begleitprozess verdeutlicht die Möglichkeiten eines direkten Kontaktes im Krankenzimmer (im Vergleich zu einem Telefonat bzw. zur Videotelefonie). Trotz des obligatorischen Schutzabstandes, der zwischen den Gesprächspartnern eine räumliche Distanz schafft, kann sich eine tiefere innere Nähe zwischen ihnen entwickeln. Die Patientin wird nämlich nicht nur auf ihren Körper bzw. auf dessen Infektiosität reduziert (Abstand), sondern die unmittelbare Gegenwart des Seelsorgers lässt einen Raum für eine persönliche Begegnung entstehen, in der die Patientin sich von innen her öffnen kann (Nähe). Dies wird wesentlich dadurch ermöglicht, dass der Seelsorger einerseits ihre in Worte gefassten Gedanken hört, sie andererseits aber auch in ihrem leiblichen Ausdruck (Blicke, Bewegungen und Gebärden) wahrnimmt und schließlich zu beidem in Resonanz tritt. Mit anderen Worten: Es bedarf der Präsenz, der spürbaren Anwesenheit des Seelsorgers als Voraussetzung für das Sich-Öffnen der Patientin und damit für eine neue Qualität der Begegnung. Denn „wenn der Mensch sich von innen her öffnet, dann ereilt ihn die Begegnung wie eine Berührung auf der Haut“¹¹. Für die „spirituelle Verarbeitung“ der belastenden Krankheitssituation spielt das Gebet, der ritualisierte Abschluss der täglichen Begegnungen, eine wichtige Rolle. Als Trialog mit Gott fasst es in Sprache, was sich in der Begegnung gezeigt hat. Es will Gott das abschließende Wort geben und damit den Blick auf seine Gegenwart und seine heilend-verwandelnde Kraft weiten. Oft wurde das vom Seelsorger gesprochene Gebet durch ein Nicken der Patientin bestätigt. Für sie ist es der Höhepunkt des Besuchs, der alles auf den Punkt bringt und in den Mittelpunkt ihres Lebens rückt, der für sie Gott ist. Das lässt den Schluss zu, dass die unmittelbare Begegnung von Angesicht zu Angesicht auch die Möglichkeit gemeinsamen Betens als „Resonanzereignis“¹² schafft, das auf seine

10 Kern, Mittwoch der Karwoche, 2.

11 Vasseur/Bündgens, Spiritualität der Wahrnehmung, 267.

12 Peng-Keller, Gebet als Resonanzereignis, 7.

Weise Kraft spendet, zum Durchhalten ermutigt und Perspektiven für die nächsten (inneren) Schritte eröffnet.

Dieses Beispiel zeigt darüber hinaus, wie sehr die gemeinsame Aufmerksamkeit des Behandlungsteams auf innere, spirituelle Bedürfnisse der Patientin „not-wendig“ sein kann – und wie das seelsorgliche Gespräch von Angesicht zu Angesicht möglicherweise den medizinisch dominierten, dazu noch infektiösen Raum zu verwandeln vermag.

Seelsorge ist so etwas wie eine Heterotopie. Sie ist bewusster Partner gemeinsamer Spiritual Care [...]. [...] Spiritual Care eröffnet gemeinsam mit der Seelsorge einen unbestimmten Raum für Spirituelles. [...] Seelsorge besiedelt diesen offenen, manchmal unbestimmten Raum und macht ihn zu einem ‚Anderort‘[...]. [...] Christliche Seelsorge trägt auf diese Art und Weise bei zu einer menschenfreundlichen Kultur, gründend in einer menschenfreundlichen Haltung [...].¹³

4. Resümee

Vor dem Hintergrund dieser theologischen Deutung der Bedeutung von Krankenhausseelsorge lassen sich folgende Aspekte als Resümee der bisherigen Erfahrungen der Seelsorge am Uniklinikum Salzburg in Zeiten der Corona-Pandemie zusammenfassen:

Wie im gewöhnlichen Klinikbetrieb, in diesen Krisenzeiten aber besonders verdichtet, basiert Heilung auch auf der zwischenmenschlichen Begegnung. Gerade die isolierten, schwer kranken, verängstigten und einer anspannenden Geduldsprobe ausgesetzten Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige bedürfen des Innehaltens des Behandlungsteams. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen sich vom Da-Sein dieser Menschen jenseits ihrer Infektiosität und der damit verbundenen Risiken ansprechen lassen. Wichtig ist die persönliche Komponente – sie verlangt Nähe, emotionale Wärme und einfühlsames Verstehen.¹⁴

Krankenhausseelsorge leistet in dieser Hinsicht einen unverzichtbaren Beitrag, sind ihr diese Momente der Patienten- und Angehörigenbegleitung doch als oberste Maximen ins Stammbuch geschrieben. Deutlich wird, dass dieser Behandlungsbeitrag in die Güterabwägung einbezogen werden muss, wenn es um die Einschätzung geht, ob Seelsorge mit ihrem Besuchsauftrag ein zusätzliches, womöglich größeres Risiko der Weiterga-

13 Roser, Krankenhausseelsorge und Spiritual Care, 232.

14 Vgl. Maio, Den kranken Menschen verstehen, 188–208.

be der Infektion im Krankenhaus darstellt (auch im Vergleich mit den übrigen Gliedern des Behandlungsteams). Einen interessanten Gedanken führt in diesem Zusammenhang Frick ein: Das englische Wort „to contain“ bedeutet nicht nur „eindämmen“, sondern auch „enthalten“. Dem Psychoanalytiker Bion zufolge meint dies das Anbieten eines heilenden Gefäßes, die Verwandlung von toxischem, zerstörerischem Leid in Sinn und Bedeutung. Damit ist eine spirituelle Dimension mitten in der materiellen angesprochen und der spirituelle Kern der Sorge.¹⁵

Unbestritten ist ebenso, dass Seelsorge sich als Teil des Systems Krankenhaus verstehen muss, sich damit an alle geltenden (Hygiene-)Regelungen halten und sich ins therapeutische Konzept einfügen wird. „Seelsorge funktioniert nicht mehr als Einzelgänger-Dasein“¹⁶, wie Roser treffend feststellt.

Das für Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger in vielen Kliniken ausgesprochene Besuchsverbot scheint grundsätzlich der Frage würdig und diskussionspflichtig zu sein. Die Fragestellung lautet: Was ist nun besser? Seelsorge aus Sicherheitsgründen in ihrer Dienstausbübung einzuschränken, sie gar daran zu hindern? Oder aber Seelsorgende nach vorheriger eingehender (hygienischer) Unterweisung zu einer verantwortungsvollen Dienstausbübung zu befähigen, damit ihr Potential hinsichtlich der mitmenschlichen Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen genutzt werden kann – auch im Interesse einer Klinik?

„Es gibt einen Ort jenseits von richtig und falsch. Dort treffen wir uns.“¹⁷ Dieser Satz wird dem mittelalterlichen Sufi Mawlana Rumi zugeschrieben und dient dem Jesuitenpater Klaus Mertes als Grundlage seiner Überlegungen zur Diskussionskultur über Richtig oder Falsch in diesen Zeiten. Er kommt zu dem Schluss:

Was geistlich richtig ist, wird sich in Corona-Zeiten nicht in der Haltung des Rechthabens und Besserwissens finden lassen, sondern jenseits von richtig und falsch durch Empathie, durch Verantwortungsbewusstsein und – sagen wir es ruhig – durch Gebet.¹⁸

Das heißt für die Krankenhausseelsorge und deren Verantwortungsträger in den Teams und auf diözesaner Ebene, im Sinne einer kritisch-loyalen Haltung das Gespräch mit den Verantwortungsträgern in den Kliniken zu

15 Vgl. Frick, Corona – eine spirituelle Erfahrung?, 205.

16 Roser, Krankenhausseelsorge und Spiritual Care, 229.

17 Zit. n. Mertes, Keine Zeit für Kommentare, 321.

18 Mertes, Keine Zeit für Kommentare, 322.

suchen, ihre Argumente zu hören und verstehen zu lernen – und schließlich anhand der Erfahrungen dieser Zeit den aktuellen und bleibenden Wert von Seelsorge (nicht nur in Corona-Zeiten, aber verdichtet für diese Zeit) herauszuarbeiten.

Verantwortungsbewusstsein kann sich auch darin zeigen, nicht jede Entscheidung der Klinikleitungen unhinterfragt hinzunehmen, als habe man ohnehin keine Wahl, vielleicht sogar froh zu sein darüber, dass einem die Entscheidung abgenommen wurde. Ist Schweigen dann wirklich Gold? Oder das Reden und Ringen um eine sachgemäße Güterabwägung, die umfassend die Positionen aller Betroffenen berücksichtigt, sich von diesen auch emphatisch beeindrucken lässt?

Es kann jetzt die Zeit sein, sich im gemeinsamen Schulterschluss von Teams und diözesanen Verantwortungsträgern aufzumachen. „Es gibt einen Ort jenseits von richtig und falsch. Dort treffen wir uns.“ Jetzt, da die erste Infektionswelle gemeistert ist, wäre es doch an der Zeit, ein Resümee zu ziehen und zu schauen, mit wem sich ein Treffen lohnen würde ...

Literatur

- Ateliers et Presses de Taizé: Chants de Taizé, Freiburg i. Br.: Herder 2019.
- Frick, Eckhard: Corona – eine spirituelle Erfahrung?, in: *Spiritual Care* 9/2 (2020) 205.
- Kern, Karl: Mittwoch der Karwoche. Trauer – Grab (Leid – Liebe – Leben. Impulse zur Karwoche und Ostern 2020 am 8.4.2020). Dokument im Internet nicht mehr abrufbar; es liegt dem Verfasser vor.
- Klessmann, Michael: Einleitung. Seelsorge in der Institution „Krankenhaus“, in: Klessmann, Michael: *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht ²2002, 13–27.
- Maio, Giovanni: Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung, Freiburg i. Br.: Herder 2015.
- Mertes, Klaus: Keine Zeit für Kommentare, in: *Stimmen der Zeit* 145/5 (2020) 321–322.
- Peng-Keller, Simon (Hg.): Gebet als Resonanzereignis. Annäherungen im Horizont von *Spiritual Care*, Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht 2017 (= *Theologische Anstöße* 7).
- Roser, Traugott: Krankenhausseelsorge und *Spiritual Care*, in: *Spiritual Care* 6/2 (2017) 229–232.
- Roser, Traugott: Seelsorge im Krankenhaus, in: Ders. (Hg.): *Handbuch der Krankenhausseelsorge*, Göttingen: Vandenhoeck-Ruprecht ⁵2019, 13–33.

„Unsere täglichen Besuche gib uns heute ...“ Krankenhausseelsorge und Besuchsverbot

Roser, Traugott/Peng-Keller, Simon/Kammerer, Thomas/Karle, Isolde/Lammer, Kerstin/Frick, Eckhard/Winiger, Fabian: Die Corona-Pandemie als Herausforderung für Spiritual Care. Handreichung für Seelsorger*innen, in: http://7b22a723-d18b-4f61-9b60-a0e89eb41dca.filesusr.com/ugd/f9562a_a31ba104844340479cbe4ce3b2821ed8.pdf [10.05.2020].

Vasseur, Clara/Bündgens, Johannes: Spiritualität der Wahrnehmung. Einführung und Einübung, Freiburg i. Br./München: Karl Alber 2015.

„Sein Unglück ausatmen können“. Hilfe für die Helfenden

Christoph Seidl

In der Diözese Regensburg gibt es die Stelle „Seelsorge für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen“, die aus den früheren Bereichen „Seelsorge für Pflegeberufe“ und „Seelsorge für Beratungsdienste“ entstanden ist. Dieser Fachbereich ist gekoppelt mit der Koordination der Krankenhaus- und Hospizseelsorge im Bistum. Aus dieser Perspektive ist es besonders interessant zu reflektieren, was diese helfenden Berufe in der Krisenzeit besonders belastet und was ihnen selbst seelsorglich guttun kann.

Helfende Berufe leisten auch in schwierigen Zeiten das, wozu sie ausgebildet wurden und wozu sie angetreten sind: nämlich anderen in ihrer Not beizustehen, sie zu unterstützen, sie zu entlasten. Aber in einer Pandemie können die eigenen Kräfte rasch an die Grenzen gelangen. Dass Pflegende und Beratende systemrelevant sind, steht außer Frage. Aber ist es Seelsorge? Die Krise macht deutlich, dass sie eminent dazu beiträgt, denen „in vorderster Linie“ den Rücken zu stärken, indem sie „Atemraum“ schafft.

1. Die Krise – Normalfall für helfende Berufe oder mehr?

In der intensiven Corona-Phase gab es unterschiedliche Situationen bei den Pflegenden: Die einen waren durch die unmittelbare Arbeit mit COVID-19-PatientInnen bis an ihre Grenzen beschäftigt, andere wurden heimgeschickt, weil das „Alltagsgeschäft“ in den Kliniken einbrach. Unterschiedliches Arbeitsaufkommen wurde auch von den Personen in den Beratungsdiensten erlebt. Insofern gibt es auch verschiedene Perspektiven auf das Krisengeschehen.

1.1 „Ich tu das, was ich immer tu!“

Eine Krankenpflegerin hat es mit großer Ausgeglichenheit formuliert, was ich mehrfach bestätigt gefunden habe: „Ich tu das, was ich immer tu!“ Als sie berichtet, dass sie auch mit ihrer verminderten Herzleistung in der intensi-

ven Coronaphase ihren Dienst im Krankenhaus ausübt, wundere ich mich sehr. Aber sie sagt:

„Wieso sollte ich jetzt nicht arbeiten? Wir haben in der Ausbildung gelernt: Begegne jedem Patienten so, als ob er infektiös sein könnte! Das mache ich immer – und das mache ich auch jetzt, denn jetzt werde ich gebraucht, so wie ich immer gebraucht werde!“

Die 53-Jährige schmälert nicht die Gefährlichkeit der Pandemie und hält die Schutzmaßnahmen sowie die Beschränkungen im Alltag für völlig korrekt. Dennoch entdecke ich bei ihr und nicht wenigen Pflegenden ein großes Maß an nüchterner Betrachtungsweise.

Das Gesagte gilt auch für Beratende. Sie haben ja immer mit Menschen in persönlichen Krisensituationen zu tun. Sie bieten immer einen Raum an, in dem Betroffene „ihr Unglück ausatmen“ können. Sie versuchen nach allen Regeln der Kunst, Perspektivenwechsel zu ermöglichen und Sortierhilfen anzubieten, um im Dickicht der Sorgen einen gangbaren Weg zu entdecken.

Derart eingeübte Verhaltensweisen sind in Krisenzeiten gute Ressourcen. Und doch ist die Pandemie eine Krise von außergewöhnlichem Ausmaß.

1.2 Pandemie: Die Krise betrifft alle und alles

Es geht in dieser Situation nicht nur um die Krise eines Patienten oder Klienten, es ist eine Krise, in die jeder und jede miteinbezogen ist. Pflegende haben Sorge um die eigene Gesundheit und die ihrer Angehörigen und Freunde. Beratende wissen vom Verlauf und vom Umfang der Krise bisweilen ebenso wenig wie die Ratsuchenden. Freilich haben Beratende durch Ausbildung und Berufserfahrung bessere Voraussetzungen, um mit derartigen Krisen umzugehen, aber Ängste machen sich auch unter „Profis“ breit. Die Krise nimmt den Helfenden mit hinein wie in einen Strudel. Vielleicht könnte man sie mit einem Phänomen vergleichen, das von der HIV-Infektion bekannt ist: Die Krise ist auch im Helfer vorhanden, nicht nur die Angst vor der Krankheit, sondern sogar vor dem zu betreuenden Menschen. Eigentlich widerspricht das dem Grundauftrag des Helfers, der seinem Gegenüber ja als Außenstehender begegnen sollte. Sein eigenes „inneres Team“ ist erschüttert, denn es fehlt der „Schlichter“ für die eigenen inneren Konflikte. Die allgegenwärtige Angst kann Vertrauen stören, das bisher nicht in Frage gestellt war. Eine Beratungsperson sagt mit Hinblick auf die unsichere Ausstattung mit Mund-Nasen-Schutzmasken:

„Wenn mich mein Dienstgeber nicht schützen kann, gebe ich nicht mehr zur Arbeit.“ Die Expertise der „Fachperson“ fällt teilweise weg, da diese selbst vom Problem betroffen ist. Nicht zuletzt wird die Grenze zwischen Dienst und Privatleben fließend: Die Maske, die Pflegende in der Klinik tragen, brauchen sie nun auch beim Einkaufen und beim Besuch der Eltern – wenn sie überhaupt zu besuchen sind. Die Krisen im Beruf und zuhause vermischen sich. Es entsteht eine seltsame Gemengelage der „Erholungslosigkeit“.

1.3 Ausatmen und einatmen – GEIST-liche Begleitung für Helfende

Wie kann Seelsorge unter solchen außergewöhnlichen Bedingungen helfenden Berufen zur Seite stehen? Das Gedicht *Aufhebung*¹ von *Erich Fried* (1921–1988) bringt in lyrischer Weise auf den Punkt, was Seelsorge für helfende Berufe gerade in Krisenzeiten bedeuten könnte:

Aufhebung

Sein Unglück
ausatmen können

tief ausatmen so dass man wieder einatmen kann

Und vielleicht auch sein Unglück
sagen können in Worten
in wirklichen Worten
die zusammenhängen
und Sinn haben
und die man selbst noch
verstehen kann
und die vielleicht sogar
irgendwer sonst versteht
oder verstehen könnte

Und weinen können
das wäre schon fast wieder Glück

1 Siehe Fried, *Aufhebung*.

Das Wortpaar *ausatmen – einatmen* aus Erich Frieds Gedicht *Aufhebung* formuliert sehr schön, was Seelsorge anbieten kann: einen Raum, um atmen zu können. Das Buch Genesis beschreibt auf den ersten Seiten der Bibel das Entscheidende, das den Menschen zum Menschen macht, als den göttlichen Lebensatem, der dem Adam, dem Wesen aus Ackererde, eingehaucht wird. In allen alten Sprachen ist das Wort für Atem und für Geist dasselbe: hebräisch *ruach*, griechisch *pneuma*, lateinisch *spiritus*. *Atman* bedeutet in der indischen Philosophie so viel wie *Seele*, bezeichnet also das Göttliche selbst. Geistliche Begleitung ist demnach die Unterstützung von Menschen, die in Krisenzeiten besonders herausgefordert sind, sich auf die wesentlichen menschlichen Existenzbedingungen zu konzentrieren. Seelsorge hat den Auftrag, Räume zur Verfügung zu stellen, in denen ihnen der göttliche Lebensatem neu bewusst wird, der sie antreibt, motiviert, den rechten Weg erkennen lässt, so dass ihnen die sprichwörtliche Luft nicht ausgeht.

Was es bewirkt, diesen Lebensatem neu zu entdecken, beschreibt ein Vers im zweiten Brief des Apostels Paulus an seinen Mitarbeiter Timotheus. Dort heißt es: „*Gott hat uns nicht einen Geist der Verzagtheit gegeben, sondern den Geist der Kraft, der Liebe und der Besonnenheit.*“ (2 Tim 1,6f) Seelsorgliche Begleitung bietet einen Raum der Be-SINN-ung, um die möglicherweise verlorene Besonnenheit wiederzugewinnen. Das Thema Sinnfindung ist in unübersichtlichen Zeiten besonders brisant, dazu ist ein Gegenüber hilfreich, mit dem Sinnperspektiven erörtert werden können. Aus der Notfallseelsorge ist der Grundsatz geläufig, dass in Zeiten starker Verunsicherung zunächst einmal Ruhe und Struktur notwendig sind, um in dem heillosen Durcheinander wieder sinnvolle nächste Schritte zu erkennen. Auf diese Weise wird es möglich, eigene *Kräfte* zu reaktivieren, die manchmal schwer aufzubringende *Liebe* zu den anvertrauten Personen zumindest als „Pro-Existenz“ (Einsatz für) zu begreifen und schließlich in der Aufregung der bedrängenden Situation erst dreimal tief durchzuatmen, bevor möglicherweise nicht genügend durchdachte Entscheidungen getroffen werden.

2. „*Dein Ort ist, wo Augen dich ansehen*“ (H. Domin) – Plädoyer für eine Aufwertung durch mehr Ansehen

Entscheidend für eine gute seelsorgliche, lebensförderliche Begleitung ist es, vor jeglicher Intervention oder gar einem Rat *zu sehen, was ist*, und zwar nicht nur die Situation oder den „Fall“, sondern in erster Linie den Menschen, der Unterstützung benötigt. In einem Gedicht der deutschen Lyri-

kerin Hilde Domin (1909–2006) kommt die existenzielle Bedeutung des Ansehens sehr stark zum Ausdruck. Es trägt den Titel *Es gibt dich*²:

Dein Ort ist
wo Augen dich ansehen.
Wo sich Augen treffen
entstehst du.

Von einem Ruf gehalten,
immer die gleiche Stimme,
es scheint nur eine zu geben
mit der alle rufen.

Du fielest,
aber du fällst nicht.
Augen fangen dich auf.

Es gibt dich
weil Augen dich wollen,
dich ansehen und sagen
dass es dich gibt.

Einander in die Augen zu sehen und im Blick zu haben, ist eine Grundlage menschlichen Zusammenlebens. Das gilt für die Begegnung von Helfenden und Hilfesuchenden, aber ebenso für die Zusammenarbeit in einem Team. Nicht von ungefähr gibt es den schönen sprachlichen Zusammenhang zwischen *jemanden ansehen* und *jemandem Ansehen geben*. Blickkontakt hat mit Würde zu tun, biblisch gesprochen mit Ebenbildlichkeit. Die Bibel betont wiederholt, wie wichtig es ist, dass Gott die Menschen im Blick hat: „*Verbirgst du dein Gesicht, sind sie (die Geschöpfe) verstört.*“ (Ps 104,29) Im Ansehengeben liegt auch Segen: „*Der HERR wende sein Angesicht dir zu und schenke dir Frieden.*“ (Dtn 6,26)

Gerade unter dem fehlenden Sehen und Gesehenwerden leiden während der strengen Distanzregelungen auch viele Angehörige der helfenden Berufe.

2 Domin, *Es gibt dich*, 56.

2.1 Herausforderungen in der Pflege

Pflegende ziehen viel Kraft aus dem Wissen, Menschen in bedrohlichen Situationen helfen zu können. Dazu gehört wesentlich das Feedback von Patienten und Angehörigen, aber auch vom Team bzw. von der eigenen Einrichtung. Es geht um das Sehen der Not und das Gesehenwerden als „Not-helfer“. Pflegende, die verstärkt mit COVID-19-Patienten zu tun hatten, litten darunter, dass dieses Verhältnis von Einsatz und Sinnerfüllung in Schieflage geraten ist. Dazu trug zum einen die Zunahme an Todesfällen bei. Freilich sind es Pflegepersonen gewohnt, dass auch Menschen sterben, aber die geballte Erfahrung von Todesfällen macht auch Fachkräften zu schaffen.

Ein weiteres großes Problem für Pflegende in Einrichtungen der Altenhilfe war das Besuchsverbot. Pflegende wurden auf diese Weise über längere Zeit zu den einzigen Bezugspersonen. Das kann neben der gewöhnlichen Betreuungsarbeit schnell zu einer Überforderung werden. Besonders dramatisch haben es Pflegende erlebt, wenn es Bewohnern mit einer Demenzerkrankung nicht zu erklären war, warum die Angehörigen derzeit nicht kommen dürfen.

Schließlich treten in Krisenzeiten Schwachpunkte der Organisation bzw. des alltäglichen Erlebens besonders zutage. Fehlt sonst schon das Gefühl der Anerkennung und des Ansehens in der eigenen Arbeit, so ist dieser Mangel unter Extrembedingungen besonders spürbar. Dramatischer waren die Kompensation von krankheitsbedingten Ausfällen und die sonst schon schwierige Dienstplangestaltung. Der eigene Gesundheitsschutz, der an sich immer wichtig ist, wurde plötzlich auf Schritt und Tritt thematisiert. Ausgleich und Ermutigung im Team und im Privatleben wichen einer permanenten Ungewissheit, wie die Pandemie sich entwickeln würde, ob das Krankheitsaufkommen noch zu bewältigen wäre oder ob – wie in anderen Ländern – das Gesundheitssystem völlig kollabieren könnte.

2.2 Herausforderungen für die Beratungsdienste

Das größte Problem für Beratungsdienste in dieser Zeit war der Umstand, dass sämtliche Face-to-Face-Begegnungen auf Telefonkontakte umgestellt werden mussten. Video-Kontakte waren in vielen kirchlichen Beratungsstellen zum Teil aus technischen, zum Teil aus Datenschutzgründen nicht oder nur schwer möglich. Selbst wenn Video-Beratung angeboten werden konnte, wurde dennoch die schlechtere Qualität der Zweierbegegnung im Vergleich zum Echkontakt beklagt.

Aus der Ehe-, Familien- und Lebensberatung war die Klage zu vernehmen, dass es schier unmöglich sei, mit Paaren gleichzeitig per Telefon zu kommunizieren – das wäre aber grundlegend für Beratungsprozesse. Denn es ist von Bedeutung, wie ein Partner reagiert, wenn er in Anwesenheit eines Dritten vom anderen Dinge hört, die er eventuell so noch nicht gehört hat oder bisher nicht hören wollte.

Auch der Blickkontakt im Kollegenkreis der Beratungsstelle war streckenweise nicht mehr möglich. Beim Aufenthalt im Homeoffice konnte man sich in Pausen nicht kurz zwischen Tür und Angel austauschen. Dieser Austausch ist jedoch ein wichtiges Moment von Selbstsorge. Es tut einfach gut, gemeinsam durchatmen zu können, auch mal kurz übers Wetter, das geplante Konzert oder auch ein persönliches Familienthema sprechen zu können. Eine Beraterin sagt:

„Ich bin meinen eigenen Gedanken so ausgeliefert, wenn da kein Korrektiv da ist (nicht mal am Stammtisch), da wird man sonst nämlich schnell wieder eingenordet. Aber wenn ich dauernd mit mir und meinen Klienten alleine bin, dann geht das an die Substanz.“

Aus der Beratungsstelle für seelische Gesundheit wurde folgende Beobachtung geschildert:

„Mittlerweile machen mir die Blüten Angst, die das Ganze treibt. Mit den ‚normalen‘ Zwangs- und Angststörungen können wir ja umgehen. Aber momentan verstärken sich diese Auffälligkeiten und es kommt zu absolut absurden Reaktionen. Verschwörungstheorien sind das eine, aber manche ticken so aus, dass sich auch unser Empathievermögen in Grenzen hält.“

Unterschiedliche Beratungsdienste berichten übereinstimmend vom Überlagern der an sich schon komplexen Problemlagen mit den wirtschaftlichen Sorgen und den vielfachen Ängsten, die die Kontaktverbote auslösen können. Manche Klienten, die unter Normalbedingungen schon schwer am Leben zu tragen haben, sehen sich durch zusätzliche Regeln um ihre Freiheitsrechte betrogen und reagieren bisweilen unverhältnismäßig heftig.

2.3 DANKE allein genügt noch nicht – Auf-Wertung ist notwendig

„Dein Ort ist, wo Augen dich ansehen!“ Das gilt für die Patienten und Klienten ebenso wie für die Helfenden. Aber genau an dieser Stelle macht die Corona-Krise etwas Trauriges deutlich: die helfenden Berufe leiden unter

normalen Bedingungen schon unter einem beträchtlichen Mangel an Ansehen. Wenn nun auch noch das – ganz wörtlich verstandene – Ansehen der eigenen Klientel fehlt, dann bricht tatsächlich ein Kernstück des Selbstwertgefühls weg.

Paradoxerweise hilft es auch nicht, dass nun von verschiedenen Seiten die Pflege und die Kriseninterventionsdienste plötzlich als systemrelevant bezeichnet werden und z. B. eine Sonderprämie von 500 Euro für eine Pflegeperson in Aussicht gestellt wird. Gleichzeitig wird natürlich auch gefragt, woher das Geld dazu kommen soll (bei Prämien für Autokäufe wird diese Frage seltsamerweise nicht gestellt). Vor kurzem wurde noch diskutiert, dass 30 Prozent aller Kliniken in Deutschland wegzurationalisieren wären, plötzlich werden zu Rehaeinrichtungen umfunktionierte alte Krankenhäuser wieder zu Corona-Zentren umgerüstet. In dieser Zeit gab es mehrere Vorstöße von Interessensverbänden, die Pflege und andere helfende Berufe über die Krise hinaus wieder nachhaltig aufzuwerten. Ebenso gierten die Einrichtungen der Altenhilfe massiv in den Fokus, die öffentliche Aufmerksamkeit war verstärkt auf menschenwürdige Zustände ausgerichtet. Man darf gespannt bleiben, wer sich nach der Krise noch an all diese Themen erinnern wird. Es wird deutlich, dass Krankenhäuser sowie Alten- und Pflegeheime nicht gut Wirtschaftsunternehmen sein können, die sich selbst finanzieren bzw. Gewinn erzielen müssen. Es geht um die Frage, welches Ansehen den Menschen zukommen soll, die diese Systeme tragen – nicht einmalig, sondern dauerhaft. An der Frage, mit welchen Augen kranke und pflegebedürftige Menschen gesehen werden, entscheidet sich auch die Ernsthaftigkeit, mit der die Diskussion um die Menschenwürde verbunden ist. Sie beginnt nicht erst bei der Verfügbarkeit eines Beatmungsgerätes für einen COVID-19-Patienten, sondern bei der Wertschätzung von Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen.

3. „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch“³ (F. Hölderlin) –
Rückenwind für die kategoriale Seelsorge

Die Zeit der starken Beschränkungen des öffentlichen Lebens hat der Seelsorge und den Sorgebeziehungen viel abverlangt. Aber es ist zugleich et-

3 Das Zitat stammt aus der 1803 vollendeten Hymne *Patmos* von Friedrich Hölderlin. Das Gedicht ist nach der griechischen Insel Patmos benannt, die als Entstehungsort der biblischen Offenbarung des Johannes gilt. Sie ist eine Trost- und Hoffnungsschrift für Christen in der Verfolgungssituation des Römischen Reiches und kennzeichnet zugleich die apokalyptische Krisensituation.

was sichtbar geworden, was den künftigen Stellenwert der Seelsorge sogar stärken könnte. Zum einen könnte der Blick von außen auf Seelsorge wertschätzender werden (Stichwort „systemrelevant“), zum anderen könnte innerkirchlich die Bedeutung der kategorialen Seelsorge verstärkt wahrgenommen werden, hat sich doch gezeigt, dass unter diesen extremen Bedingungen die Seelsorge im jeweiligen System am ehesten handlungsfähig geblieben ist.

3.1 Nachgehende Seelsorge: In Beziehung kommen – in Beziehung bleiben

Papst Franziskus hat mit seiner Aufforderung zu „*einem beständigen Aufbruch zu den Peripherien des eigenen Territoriums oder zu den neuen soziokulturellen Umfeldern*“⁴ etwas in Erinnerung gerufen, was seit dem II. Vatikanum immer wieder thematisiert wird und seit biblischen Zeiten im Grundbuch der Christenheit eingetragen ist: Kirche muss unterwegs zu den Menschen sein, sie darf nicht warten, bis und ob die Menschen zu ihr kommen.

„Kirche in der Welt von heute“ wird besonders sichtbar, wenn sie als Seelsorge in bestimmten Bereichen und Systemen „vor Ort“ ist. Gerade in den Bereichen Krankenhaus- und Hospizseelsorge hat sich in den letzten Jahrzehnten eine hervorragende Art der Zusammenarbeit ergeben. Kirchliche Seelsorge hat es verstanden, sich als willkommener „Gast“ auf einem anderen hoheitlichen Gebiet zu verstehen. Sie hat gelernt, als Teil eines interdisziplinären Systems anderen Professionen wie Medizin, Pflege und sozialen Diensten auf Augenhöhe, also als Partner, zu begegnen. Dazu leistete eine Einladung „von außen“ einen wesentlichen Beitrag. Die englische Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin *Cicely Saunders* (1918–2005) betonte, dass es die Aufgabe von Begleitung am Lebensende ist, alles zu tun, damit schwerkranke Menschen „*nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können*“⁵. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat im Anschluss daran im Jahr 2002 definiert, die Aufgaben von Palliative Care seien das „*Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderer belastender Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art*“⁶. Es gehört zum Selbstverständnis von Palliative Care, dass die spirituelle Sorge, in unseren Brei-

4 Papst Franziskus, Apostolisches Schreiben Evangelii Gaudium, 30.

5 Saunders, zitiert nach Palliamo.

6 Weltgesundheitsorganisation (WHO), Definition of Palliative Care 2002.

ten nicht selten angeboten durch die kirchliche Seelsorge, unverzichtbar zum System gehört. Wo immer solches Zusammenwirken gelingt – auf Palliativstationen und in Hospizen an der Tagesordnung, in Krankenhäusern vielerorts gut eingespielt –, wird sichtbar, wie sehr Seelsorge für alle Beteiligten, sowohl für die PatientInnen als auch für die anderen Berufsgruppen, eine Bereicherung darstellen und einen wesentlichen Beitrag für die Bewältigung von Krisen leisten kann.

Seelsorge beginnt nicht mit liturgischem Handeln, sondern im Mitgehen von Lebenswegen und im Mitaushalten von Leidenssituationen, vielleicht beim Halten der Hand am Krankenbett. In der Krise hat sich gezeigt, dass Seelsorge im System Krankenhaus sehr wohl gefragt war. Für Gemeinde-Seelsorge war es so gut wie nicht möglich, Zugang in die Einrichtung zu bekommen. Kirchenleitungen und Personalabteilungen sollten diese Chance der kategorialen Seelsorge auch mit Blick auf künftige Pastoralplanungen nicht leichtfertig verspielen.

3.2 Lebensbejahende Seelsorge: Glaube – Hoffnung – Liebe

Weniger öffentlichkeitswirksam als Liturgie und Ethik ist die ganz grundlegende Unterstützung von Menschen in der Bewältigung der Krise – ich nenne es den Dienst der Lebensbejahung. Und ich wähle für einen Blick darauf die biblische Trias Glaube, Hoffnung und Liebe aus dem Korintherbrief des Apostels Paulus (1 Kor 13).

3.2.1 Glaube: „Vertikale Resonanz“ (H. Rosa)

Wie oben erwähnt, unterstreicht die WHO die *spirituelle Dimension* von menschlichem Leid. Freilich ist *spirituell* hier ein sehr weitgefasster Begriff für das Bedürfnis nach Sinn und Orientierung. Aber immerhin können sich hier Medizin und Theologie hervorragend treffen. Dabei steht freilich nicht das Glaubensbekenntnis im Vordergrund, sondern vielmehr die Auseinandersetzung um Sinn und Bedeutung der eigenen Lebenslage.

Der Soziologe Hartmut Rosa schreibt in seinem Buch *Resonanz*⁷ über die Dimensionen eines gelingenden Lebens. Ohne Zweifel gehört für ihn neben der horizontalen (Begegnung) und der diagonalen (Interessen, Be-

7 Siehe Rosa, *Resonanz*.

schäftigung) die „vertikale Resonanz“⁸, die Verankerung in einem Sinn oder einer Idee, ganz wesentlich zum Leben. Lebens- und Leiddeutung, wie sie der Glaube anbietet, ist also durchaus ein wesentlicher Beitrag zur Krisenbewältigung. Hartmut Rosa beklagt in einem Interview im Deutschlandfunk⁹, Kirchen und Religionsvertreter hätten in der Krise eine gewisse Mutlosigkeit gezeigt. Sie hätten eine sehr defensive Einstellung, ein Gefühl, dass die Gesellschaft nichts von ihnen wissen wolle. Dabei wäre es an der Zeit, in der Gesellschaft eine religiöse Stimme zu hören, näherhin sogar eine christliche. Das Virus habe der Bevölkerung wieder ins Bewusstsein gebracht, dass bestimmte Dinge auch in einer modernen Kultur unverfügbar und nicht beeinflussbar sind. Von daher hat Seelsorge aus der Perspektive des Glaubens einen sehr wichtigen Beitrag zu leisten.

3.2.2 Hoffnung: „... trotzdem Ja zum Leben sagen“ (V. E. Frankl)

Von Hoffnung wird in Krisenzeiten viel geredet, meistens geht es um die Hoffnung, dass das Schwere bald vorübergeht und alles ein gutes Ende findet. Der tschechische Dichter und Politiker *Václav Havel* (1936–2011) hat eine andere Formulierung gewählt, die einem seelsorglichen Hoffnungsverständnis sehr nahekommt: „*Hoffnung ist nicht die Überzeugung, dass etwas gut ausgeht, sondern die Gewissheit, dass etwas Sinn hat, egal wie es ausgeht.*“¹⁰ Diese Worte beschreiben zielgenau das Wirken helfender Berufe. Sie stehen Menschen zur Seite, die ihre Situation nicht selten als hoffnungslos bezeichnen. In solchen Situationen selbst Hoffnung auszustrahlen, ist wahrlich eine Kunst. Dabei geht es nicht darum, die Probleme klein- oder schönzureden, sondern sich gemeinsam auf die Suche nach dem Sinn zu machen. Und den gibt es nach dem Psychiater *Viktor E. Frankl* (1905–1997) in jeglicher Lebenssituation, denn das Leben hat seiner Überzeugung nach sogar einen bedingungslosen Sinn. Dabei wären wir allerdings schlecht beraten, die Corona-Krise vorschnell zu deuten. Nicht wenige tun das, schmieden Verschwörungstheorien, versuchen sie als Ergebnis unseres Handelns einzuordnen oder gar als Strafe Gottes auszumachen. Es geht – folgt man Viktor E. Frankl – vielmehr um den je eigenen Lebenssinn, der, unter welchen Umständen auch immer, zu suchen und zu finden ist. Und die Gewissheit, dass sich jeden Tag so ein Sinnanruf für jeden Menschen

8 Vgl. dazu Rosa, Resonanz, 435–453.

9 Vgl. Rosa, Folgen der Coronakrise.

10 Havel, Zitate.

ganz persönlich finden lässt, ist unter schwierigen Bedingungen außerordentlich hoffnungsvoll, selbst wenn noch nicht greifbar ist, wohin die Krise schließlich führen wird. Viktor E. Frankl hat seine Überlegungen immerhin selbst unter furchtbarsten Bedingungen im Konzentrationslager bestätigt gefunden. Seine schweren und doch hoffnungstiftenden Erkenntnisse aus dieser Zeit sind in seinem Buch ... *trotzdem Ja zum Leben sagen*¹¹ dargelegt. Dieser Titel ist auch bezeichnend für den Hoffnungsdienst von Seelsorge.

3.2.3 Liebe: „Es ist was es ist“ (E. Fried)

Liebe ist ein strapaziertes Wort. Im paulinischen Zusammenhang (1 Kor 13) stehen nicht die Emotionen im Vordergrund. Vielmehr ist eine innere Zustimmung zu einem Menschen oder einer Situation gemeint, selbst wenn es Gründe gibt, die den Menschen oder die Situation unliebsam erscheinen lassen. Paulus schreibt: Liebe „*erträgt alles, glaubt alles, hofft alles, hält allem stand*“ (1 Kor 13,7). Man könnte mit einem anderen Begriff vielleicht sagen: Liebe ist die Kunst, etwas gut sein zu lassen. Der oben bereits zitierte Erich Fried bringt es in seinen sehr eingänglichen Zeilen auf den Punkt: „*Es ist was es ist / sagt die Liebe*.“¹² Dazu gehört letztlich auch die Unverfügbarkeit des Lebens samt seiner Zerbrechlichkeit und Sterblichkeit. Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble hat als einer der ganz Wenigen öffentlich auf dieses Thema hingewiesen:

„Wenn ich höre, alles andere habe vor dem Schutz von Leben zurückzutreten, dann muss ich sagen: Das ist in dieser Absolutheit nicht richtig. Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen.“ Die Würde des Menschen sei unantastbar. Das schließe aber nicht aus, „dass wir sterben müssen“.¹³

11 Siehe Frankl, ...trotzdem Ja zum Leben sagen.

12 Fried, Was es ist, 43.

13 Schäuble, zit. nach Hummler, Im Tod ist das Leben, 235. Der Krankenhausseelsorger Georg Hummler kritisiert, dass solche Worte von Seiten der Kirche kaum zu hören waren. Er schreibt weiter: „Die Corona-getriebene existenzielle (Todes-)Angst vieler Menschen bedarf einer öffentlichen religiösen Deutung so dringend wie kaum zuvor. Die Hochleistungsmedizin erfährt den Tod als Entmachtung ihrer Machbarkeitsvorstellungen. Ja, dadurch wird manche medizinische Selbstüberschätzung schwer getroffen. Als Klinikseelsorger habe ich die Not der Ärzte und der Pflegekräfte erlebt, wenn sie dem Diktat der Todesverhinderung um jeden Preis nicht entkommen konnten.“ (Ebd.).

Solche Themen anzusprechen, gilt in der Öffentlichkeit schon beinahe als Zumutung. Es aus Liebe zum Leben dennoch zu wagen, ist wesentliche Aufgabe von Seelsorge.

3.3 Kreative Seelsorge: Möglichkeiten aus-SCHÖPFEN

Seelsorge ist schließlich dann richtig und notwendig, ja systemrelevant, wenn sie kreativ ist – im wahrsten Sinne des Wortes schöpferisch. Wie das Buch Genesis am Anfang der Heiligen Schrift das Schöpfungsgeschehen als Wirken des Gottesgeistes beschreibt, so arbeitet geistliche Begleitung oder Seelsorge fortwährend an einer schöpferischen Lebensgestaltung mit. Und dazu gehört der Raum zum Atmen.

Seelsorge ist dann kreativ, wenn sie kein spirituelles „Fertiggericht“ anbietet, sondern gemeinsam mit dem Hilfsbedürftigen „kocht“. Die frühere Rede von den Schätzen oder den Heilmitteln der Kirche suggerierte, dass es da etwas gebe, das man sich geben lassen könne, damit es einem besser gehe. Es wird allerdings zunehmend deutlich, dass die Bedürfnisse immer individueller werden, sodass in der Folge auch die Angebote immer mehr auf die Nachfragenden zugeschnitten werden müssen. In der Praxis Jesu wurde das wiederholt sichtbar in seiner Frage „Was willst du, dass ich dir tue?“ (Mk 10,51). Das Entscheidende ist das Erkennen einer Not und das Angebot der Unterstützung. Worum es letztlich geht, wird sich in der Begegnung zeigen.

Was kreative Seelsorge anbieten kann, ist *Heilung und Trost*. Jesu Zuwendung zu den Hilfsbedürftigen hatte immer etwas mit Heil zu tun – nicht zuerst mit dem ewigen Seelenheil des Menschen, sondern zunächst immer mit einem Mehr an Lebensqualität durch tatsächliche Heilung, aber auch durch Vergebung, durch das offene Ansprechen von Verwundungen im Leben und durch die Förderung der Bereitschaft zu einem Neuanfang. All das erlebten Menschen damals als heilsam – und so erleben sie es auch heute. Da kommt der zweite Begriff ins Spiel: Trost. Trost hat nichts mit Vertrösten zu tun. Es gibt ein indogermanisches Wort, *deru*, das Eiche oder Baum bedeutet. Im englischen Wort *tree* ist es noch zu finden und dann auch in Ableitungen wie dem englischen *trust*, auf Deutsch *Vertrauen, Treue, Trost*. Es geht dabei immer um eine Unterstützung, die stabilisierend ist, eine Hilfe, an die man sich vergleichsweise anlehnen kann wie an einen Baum. Dass der Heilige Geist auch Tröster genannt wird, leitet sich vom griechischen Wort *parakletos* ab, das so viel bedeutet wie *der Herbeigerufene, der zu Hilfe eilt, der Beistand*. Seelsorge ist heilsamer Beistand für all diejenigen, die momentan selbst zu wenig Kraft zum Le-

ben oder auch Kraft zum Helfen haben. Um solchen Beistand leisten zu können, bedarf es einer guten Beziehung – und eines großen Stücks Kreativität.

4. *Sein Unglück ausatmen können*

Seelsorge ist Atemhilfe – für die Kranken und Notleidenden ebenso wie für die Helfenden. Wenn sie bereit ist, sich auf die Regeln des Systems einzulassen, dann ist sie im höchsten Maß systemrelevant. Aber man wird mit Hartmut Rosa den Begriff Systemrelevanz genauer definieren müssen:

„Systemrelevant sollte eben nicht heißen: Was ist relevant für das Aufrechterhalten der Finanzmärkte, sondern was ist relevant und wichtig für das Aufrechterhalten unseres Lebens, für ein gelingendes Leben.“¹⁴

Literatur

Domin, Hilde: Es gibt dich, in: Dies.: Der Baum blüht trotzdem. Gedichte, Frankfurt am Main: S. Fischer ²1999, 56.

Frankl, Viktor E.: ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager, München: Penguin ³2018.

Fried, Erich: Aufhebung, in: <https://www.deutschelyrik.de/aufhebung-1100.html> [23.06.2020].

Fried, Erich: Was es ist, in: Ders.: Es ist was es ist. Liebesgedichte – Angstgedichte – Zorngedichte, Berlin: Klaus Wagenbach 1999, 43.

Havel, Václav, Zitate, in: <https://www.zitate.eu/autor/vaclav-havel-zitate/220290> [23.06.2020].

Hölderlin, Friedrich: Patmos, in: Hölderlin-Gedichte. Herausgegeben und mit Erläuterungen versehen von Jochen Schmidt, Frankfurt am Main: Insel-Verlag 1969 (= insel taschenbuch 781, 1984), 176–183.

Hummeler, Georg: Im Tod ist das Leben, in: Christ in der Gegenwart 22 (2020) 235.

Papst Franziskus: Apostolisches Schreiben Evangelii Gaudium, 30, in: http://www.vatican.va/content/francesco/de/apost_exhortations/documents/papa-francesco_e-sortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html#Eine_unaufschiebbare_kirchliche_Erneuerung [23.06.2020].

14 Rosa, Folgen der Coronakrise.

Rosa, Hartmut: Folgen der Coronakrise. Was in unserer Gesellschaft wirklich systemrelevant ist, in: https://www.deutschlandfunk.de/folgen-der-coronakrise-was-in-unserer-gesellschaft-wirklich.886.de.html?dram:article_id=477022 [07.06.2020].

Rosa, Hartmut: Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung, Berlin: Suhrkamp 2016.

Saunders, Cicely, zitiert nach Palliamo, in: <https://www.palliamo.de/patienten-und-angehoerige/palliative-care/> [23.06.2020].

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Definition of Palliative Care 2002, in: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [23.06.2020].

Verändert Covid-19 unsere Konzeption von Spiritual Care? Von Michel Foucault inspirierte Thesen unter dem Eindruck der unbewältigten Corona-Krise

Eckhard Frick SJ

Bedrängnis bewirke Geduld (*hypomonē*), schreibt Paulus (Röm 5,3). Eine derartige *hypomonē* („Darunterbleiben“) wird gegenwärtig von den Menschen in Europa verlangt: In einer kollektiven Geduldsprobe bisher ungekannten Ausmaßes sollen sie zeigen, dass sich Bürgerinnen und Bürger freiheitlicher Demokratien ähnlich konsequent dem „Shutdown“ unterwerfen wie in Diktaturen, die schon vor der Corona-Krise einige Routine im Überwachen und Strafen (Foucault 1975/1994) hatten (Hannah 2020). Sie sollen zeigen, dass sie als Unterworfenen (*sub-iecti/-æ*), als Integral unter der epidemiologischen Kurve der *Johns Hopkins University* ausharren können, deren Verlauf sich nach Möglichkeit abflachen und verlängern soll. In diesem Beitrag werden Thesen zu Spiritual Care in der Situation des Shutdown formuliert – unter dem Vorbehalt der noch nicht abgeschlossenen und folglich noch nicht abschließend beurteilbaren Krise (ausführlicher in: Frick 2020a).

1. Welches Modell von Spiritual Care ist diskursfähig?

Der Begriff „Spiritual Care“ ist vieldeutig und kann verwendet werden als Synonym für kirchliche Seelsorge, als generische, interreligiöse Bezeichnung für die Seelsorgen verschiedener Religionsgemeinschaften sowie für gemeinsame spirituelle Sorge der Gesundheitsberufe (Frick/Roser 2011). Diese gemeinsame Sorge kann entweder im ausschließenden Gegensatz zur kirchlichen Seelsorge (Karle 2010) oder im Rahmen eines inklusiven Modells (Frick 2020b; Peng-Keller 2020) konzipiert werden.

2. Ist die Corona-Krise relevant für den Diskurs?

Die Covid-19-Pandemie ist ein medizinisches Ereignis, das gleichzeitig mit seiner Globalisierung zum „Shutdown“ aller Gesellschaftsbereiche führt, die nicht als „systemrelevant“ gelten. Kriterien für die Systemrelevanz ergeben sich aus dem dominierenden virologisch-epidemiologisch bestimmten Covid-19-Diskurs, dem sich alle gesellschaftlichen Bereiche, auch nicht-systemrelevante, unterordnen. Covid-19 bildet also einen eigenen, ausschließlichen und ausschließenden Mega-Diskurs, der nach und nach ergänzt wird durch argumentatives Erstreiten von Ausnahmeregelungen (z. B. bei unmittelbar bevorstehendem Tod, der nicht „aufschiebbar“ ist) und die Debatte über „Exit-Strategien“. Derartige Ausnahmen bestätigen die herrschende Diskurs-Regel, die sich selbst durch Diskurs-Verknappung sowie Ausschluss von Themen und Sprechenden stabilisiert.

Es ist inzwischen Routine, muss deshalb in Erinnerung gerufen werden: Covid-19, also ein medizinisches Thema, eine Entität genetischer Information, die ohne Wirt nicht lebensfähig ist, hat sich zur bleibenden Schlagzeile, zum dominierenden Diskurs-Initiator entwickelt. Andere, viel häufigere Krankheits- und Todesursachen, soziale Spannungen, Kriege, Flucht und Vertreibung, nicht zuletzt die Klimakrise: All dies tritt in den Hintergrund. Die Pandemie führt zum Covid-19-Monolog.

3. Pastoralmacht der Politiker und Ärzte

Foucault (1979/1981) prägt den Begriff „Pastoralmacht“, indem er das biblische Motiv der Sorge des guten Hirten säkularisiert und auf individualisierte Überwachung des Seelenheils, von Leib und Leben der „Schafe“ anwendet. In der Medizin prägt das pastorale Prinzip die therapeutische Beziehung (Rose 2001) und den epidemiologischen sowie gesundheitspolizeilichen Datenaustausch (Cooper 2019).

Chassé-croisé nennt man im Französischen den gekreuzten Wechselschritt im Tanz, im übertragenen Sinn die Ablösung einer Gruppe durch ihre Nachfolger am selben Ort, z.B. die Übernahme von Hotelzimmern, die zuvor von den Abreisenden bewohnt wurden, durch ankommende Gäste. Ein derartiges *chassé-croisé* ist gegenwärtig zwischen Ärzten und Seelsorgenden zu beobachten: Die Ärzte sind (im Verein mit den Politikern) die neuen Hirten, die sich um das Seelenheil der Herde sorgen, während die bisherigen Hirten sich restlos dem medizinischen Modell unterordnen und allenfalls darum kämpfen, von der Pastoralmacht als „notwendig“ zu Pati-

enten und Mitarbeitenden vorgelassen zu werden. Freilich ist der „Tanz“ noch nicht zu Ende. Nicht nur Afrika, sondern auch Europa braucht „Spiritual Brokers“ (Winiger 2020), die zwischen der biomedizinischen Sphäre und der spirituellen vermitteln.

4. Biopolitik als Perfektionierung des Panoptismus

Foucault (1975/1994) verknüpft das Panopticon (Bentham 1791) als Symbol der idealen Überwachung in Gefängnissen, Krankenhäusern, Schulen usw. mit Modellen der Seuchen-Bewältigung. Nicht mehr der einzelne Aufseher bewacht (mit Argusaugen) eine Vielzahl von Parzellen. Vielmehr perfektioniert und demokratisiert sich das „Auge des Gesetzes“ zu einer potenziell ständigen gegenseitigen Sichtbarkeit und Kontrolle (Synoptismus). Die molekulare Biopolitik (Rose 2007) mit ihrem Zugriff auf Big Data, Mobilitäts-Tracking und Genom-Kartierung bringt den Panoptismus zum Exzess alltäglicher Routine.

Foucault schildert die Überwachung in Seuchen-Zeiten: Durch Parzellierung werden alle in die eigenen Wohnungen eingeschlossen. „Herausgehen wird mit dem Tode bestraft. [...] Wer sich rührt, riskiert sein Leben: Ansteckung oder Bestrafung“ (Foucault 1975/1994, 251). Modellgebend sind die Pest und die Lepra: „Im Hintergrund der Disziplinierungsmodelle steht das Bild der Pest für alle Verwirrungen und Unordnungen, wie das Bild des Aussatzes hinter den Modellen der Ausschließung steht“ (Foucault 1975/1994, 255).

Wir haben es also mit zwei entgegengesetzten Bildern von Disziplin zu tun: auf der einen Seite die Disziplin als Blockade, als geschlossene Anstalt, die innerhalb bestimmter Grenzen auf negierende Funktionen ausgerichtet ist: Bannung des Übels, Unterbrechung der Beziehungen, Aufhebung der Zeit. Auf der anderen Seite die Disziplin als panoptischer Betrieb, als Funktionszusammenhang, der die Ausübung der Macht verbessern, d.h. beschleunigen, erleichtern, effektiver machen soll: ein Entwurf subtiler Zwangsmittel für eine künftige Gesellschaft (Foucault 1975/1994, 269).

Näher an unserer Realität als das Pest/Lepra-Modell ist das Modell der Pockeninfektion (Sarasin 2020). Es basiert darauf,

[...] dass die Macht den Traum aufgibt, die Pathogene, die Eindringlinge, die Krankheitskeime vollständig auszumerzen, die Gesellschaft »in die Tiefe« hinein zu überwachen und die Bewegungen aller Indivi-

duen zu disziplinieren. Die Macht koexistiert vielmehr mit dem pathogenen Eindringling, weiß um sein Vorkommen, sammelt Daten, erstellt Statistiken, lanciert »medizinische Feldzüge«, die durchaus den Charakter der Normierung und Disziplinierung der Individuen annehmen können – aber die Disziplin, gar die vollständige, kann in der Moderne kein vernünftiges Ziel der liberalen Macht mehr sein. Dort, wo sie dies dennoch anstrebt, wo die Macht vom Pocken-Modell zum Pest-Modell zurückkehren möchte, wird sie totalitär (Sarasin 2005, 103).

Die neue Form der Panoptizität ist die Herrschaft mit Zahlen und Daten (Cooper 2019), »Nexistenz in der Matrix«:

Die Existenz in der Matrix beinhaltet ein diffuses Gefühl der Existenz ohne Geheimnisse, das geradezu offensiv verleugnet werden muss. Die Beruhigungsmantras lauten: Wer soll denn die ganzen Daten überhaupt verarbeiten? Wer interessiert sich schon für meinen Blutdruck? Soll der Geheimdienst doch alle meine Telefonate speichern, es gibt sowieso nichts Wichtiges zu hören. Das Interessante an diesen Beruhigungsreden ist, dass gar nicht mehr in Abrede gestellt wird, dass man öffentlich existiert. Es wird hingenommen als etwas, das wohl keine Konsequenzen haben wird. Zugleich wird ein diffuses Gefühl des Beobachtet-werdens auf Dauer gestellt. Wir leben nicht in einem Panoptikum, wo von einer Zentralstelle aus mit bekannten Intentionen beobachtet wird, sondern wir leben in einem generalisierten Panoptikum, in dem von vielen Beobachtungspunkten aus mit schwer einschätzbaren Intentionen beobachtet wird. Und: ich selbst könnte, wenn ich die technischen Möglichkeiten hätte, zurückbeobachten. Im Verhältnis dazu ist das von Foucault zur Beschreibung der Disziplinarmacht herangezogene Panoptikum mit Zentralstelle ein überschaubarer und gemütlicher Ort. Das alte Panoptikum führt zur Normalisierung. Man verhält sich so, als würde man beobachtet, auch wenn man gar nicht beobachtet wird. Das Neuartige des generalisierten Panoptikums ist die Unbestimmtheit der vernetzten Normalitätserwartungen und die Unbestimmtheit der Konsequenzen. Paradoxiertweise wird gerade das Recht auf informationelle Selbstbestimmung zu einer Steigerung der Beobachtbarkeit führen (Lindemann 2015/2019, 62).

Die aktuelle Corona-Krise zeichnet sich, wie eingangs erwähnt, durch Ungewissheits-(In-)Toleranz (Spitzer 2019) aus. Biopolitik wird weitgehend zur Affektpolitik, was sich auf das Verhältnis zur Norm (a), zum Zeitregime (b) und zur Natur (c) auswirkt (Bühl 2019):

- (a) Während im Pest/Lepra-Modell die Norm der Disziplin gewissermaßen einen idealen Richtwert darstellte, tritt an die Stelle der Normalisierung ein Prozess der Normfindung, der den tatsächlichen statistischen Verteilungen folgt, anstatt dem Gesellschaftskörper eine Norm zu oktroyieren. Im Zentrum steht nun die Fähigkeit, Ungewissheit zu managen und mit der Bedrohung in ihrer grundlegenden Unbestimmtheit umzugehen.
- (b) Die Affektpolitik folgt weniger der Linearität oder Regelmäßigkeit der Phänomene als dem, was noch nicht ist, aber jederzeit geschehen könnte oder (im Futur II) geschehen sein könnte, etwa ein erneuter exponentieller Anstieg der Infektionskurve.
- (c) „In der Bedrohung als allgemeinem Bezugspunkt zeigt sich eine neue gegenwärtige Form der Biopolitik. Regieren hat nicht mehr das Einhegen von Ängsten zum Ziel, sie setzt im Gegenteil auf eine Pluralisierung der Ängste, die zu einer Transformation der Machtstrukturen führt. Wenn man das Interventionsfeld der Biopolitik als ‚Mixed Milieus‘ [...] betrachtet, als komplexe ökologische Systeme, dann zeichnet sich im affective fact ein damit korrespondierendes System der Wahrheit ab; eine Zukunftsbezogenheit der Bedrohung in ihrer konstitutiven Unbestimmbarkeit“ (Bihl 2019, 223 f.).

An die Stelle des Kondoms innerhalb der Safer-Sex-Kampagnen tritt nun die Gesichts- bzw. Mund-Nasen-Maske als Symbol der Bedrohung und der Prävention. Kondom und Maske markieren eine Grenze zwischen sich nahe kommenden potenziellen Infektionspartnern. Beide sind mit der Phantasie verbunden, sich selbst *und* die andere Person zu schützen. Beide nehmen ein Restrisiko in Kauf, da weder Kondom noch Maske 100%ig schützen. Das Kondom modifiziert die sexuelle Begegnung, die Maske die verbale und mimische Kommunikation. Während das Kondom zwar öffentlich plakatiert und verkauft wird, aber doch im Raum der Intimität bleibt, hat die Maske trotz eines partiellen Vermummungs-Effekts den Vorteil, im partiellen Verhüllen Sichtbarkeit der Unterwerfung herzustellen. Sie demonstriert öffentlich: Ich schütze dich und mich in vorausseilendem Gehorsam, bevor ich durch polizeiliche Sanktionen oder kontrollierende Blicke der anderen dazu aufgefordert werde.

Machtausübung, Panoptismus, Selbst-Techniken, Subjektivierung und Kontrolle können unter Foucaults Stichwort der *gouvernementalité* zusammengefasst werden. Ein aktueller Literaturüberblick (Marchand et al. 2020) wählt aus 1673 zunächst gefundenen Studien 38 nach apriorisch definierten Einschlusskriterien aus und konstatiert drei Verwendungsweisen von *gouvernementalité* im Gesundheitswesen: eine epistemologische, eine

Rahmen (*framework*) gebende sowie eine die spezifische Form von *gouvernance* beschreibende. Auch Jung (1950/1958) wählt eine explizit pastorale Terminologie, um die vier Stufen der psychoanalytischen Behandlung zusammenzufassen,

[...] nämlich *Bekenntnis, Aufklärung, Erziehung und Verwandlung*. [...] Der Uranfang aller analytischen seelischen Behandlung liegt im Vorbild des Beichtbekenntnisses. Da dieser Ursprung aber keine ursächliche Verbindung, sondern ein irrationaler, psychischer Wurzelzusammenhang ist, so ist es dem Fernstehenden nicht ohne weiteres möglich, die Grundlagen der Psychoanalyse mit der religiösen Institution der Beichte in Zusammenhang zu bringen (§§ 122 f.).

Auch das Gespräch mit dem Patienten in der Pflegesituation hat eine „pastorale“ Dimension. Allerdings erfordert der Umgang mit intimen Informationen und der Scham auf beiden Seiten (patienten- und pflegeseitig) Takt und Schutz vor Missbrauch durch Grenzverletzung (Martin 2010). Die Scham-Angst dürfte ein wesentlicher Hinderungsgrund sein, welcher dem proaktiven Ansprechen spiritueller Bedürfnisse entgegensteht (Frick 2019).

5. *Das ermöglichte und ausgeschlossene Subjekt*

Foucaults Subjekt-Begriff ist doppeldeutig (Schutijser 2019): Das Individuum wird subjektiviert (assujettissement), in dem es sich dem Wissen und der Macht unterwirft und durch sich selbst zum Subjekt wird (subjectivation). So zeigen schon seine frühen Psychiatrie-Studien, dass das Hospital ausschließt/isoliert und der Krankheit Raum, Gastfreundschaft (Hospitalität) bietet. Ähnliches gilt für die späteren Studien zur Sexualität, zur biopolitischen Sicherung des Lebens und zu den Selbst-Techniken.

Von Foucault lässt sich lernen, den Subjektbegriff nicht romantisierend oder substanzialistisch zu verwenden, sondern im Sinne einer Subjektwerdung, die je neu zu erarbeiten und ständig gefährdet ist. Diese Gefahr besteht im Ausschluss des Subjekts aus dem Diskurs, hier aus dem biomedizinischen und biopolitischen Diskurs durch äußere Kontrolle (z.B. Verbote), durch innere Kontrolle (z.B. Beschränkung der Gegenstände oder Methoden innerhalb einer Disziplin) sowie durch Verknappung und Zulassungsbeschränkung der Diskursberechtigten (Foucault 1972/1991).

Wenn das Subjekt der ursprüngliche und erste Ort ist, wo positiver Sinn erfahren, Schmerz gespürt und Entfremdung erlebt wird, und

wenn diesen Erfahrungen eine eigene Autorität zukommt, dann verbindet sich damit das Problem einer ausgegrenzten, exkludierten Subjektivität. Was ist darunter zu verstehen? Wir werden gemeinsam nicht nur dadurch zum Subjekt des medizinisch-technischen Fortschritts, dass der entsprechende Aneignungsprozess eine bestimmte Qualität hat, sondern auch dadurch, dass wirklich *alle* subjektive Erfahrung für das öffentliche Bewusstsein und die öffentliche Auseinandersetzung verfügbar gemacht wird, sodass nicht einige Erfahrungsaspekte mit Fortschritt ausgeblendet werden (Schaupp 2016, 22 f.).

Die erfolgreiche Bekämpfung der Infektionskrankheiten (seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts) wurde dadurch erkaufte, dass der kranke Mensch als Subjekt aus dem medizinischen Diskurs ausgeschlossen, in ein Objekt der Medizin, genauer gesagt in den potenziellen Vektor eines Erregers, transformiert wurde. Die gegenwärtige Corona-Krise knüpft an diesen Reduktionismus an, der in der Mikrobiologie und Infektiologie *methodisch* legitim und notwendig ist. Problematisch werden Ausschluss und Reduktion, wenn sie Teil einer *Anthropologie* und einer medizinischen *Ontologie* werden, die in Praxis und Lehre umgesetzt wird.

Wenn der Arzt seinerseits nicht mehr als Subjekt handelt, sondern als Agent des herrschenden exkludierenden Diskurses, kommt es zu einem „doppelten Ausschluss“ des Subjektes (Lebrun 2017). Auf diesen doppelten Ausschluss der Subjektivität von Arzt *und* Patient bezieht sich Viktor von Weizsäcker „Einführung des Subjektes“:

Sodann hat die Einführung des Subjektes nicht etwa die Bedeutung, daß die Objektivität damit eingeschränkt würde. Es handelt sich weder um Subjektivität allein noch um Objektivität allein, sondern um die Verbindung beider. Eben darum ist nun hier doch eine Veränderung des Wissenschaftsbegriffes zu bemerken. Wissenschaft gilt nämlich hier nicht als ‚objektive Erkenntnis‘ schlechthin, sondern Wissenschaft gilt als eine *redliche Art des Umganges von Subjekten mit Objekten*. Die Begegnung, der Umgang ist also zum Kernbegriff der Wissenschaft erhoben“ (Weizsäcker 1933/1997, 96).

6. Trauer eröffnet neue Chancen für Spiritual Care

Die durch staatliche und medizinische Institutionen angeordneten Restriktionen im Rahmen der Corona-Krise haben zahlreiche persönliche und gesellschaftliche Verluste zur Folge, was Wirtschaft, Bewegungs-, Religions- und Versammlungsfreiheit usw. angeht. Dies gilt in besonderer Weise für die ganz Jungen (Lock-

down der Kindertagesstätten, Spielplätze und Begegnungsmöglichkeiten) wie für die ganz Alten (Abschottung von Alten- und Pflegeeinrichtungen, in denen z. T. ein Gefängnis-Regime gilt), für Demente und Sterbende. Wenn diese Verluste bewusst werden, entsteht neuer Sinn für das Fehlende, für die aus dem somatisierten Diskurs ausgeschlossenen Bedürfnisse.

In ausdrücklicher und definitiver Weise bezieht sich Trauer auf den Abschied von Verstorbenen und auf die Totenfürsorge vom Eintritt des Todes bis zur Bestattung sowie im Rahmen des individuellen oder kollektiven Trauerns über den Bestattungstermin hinaus – möglicherweise geknüpft an das Grab, den Ort der Bestattung.

Der Covid-19-Diskurs greift reglementierend auch in diesen Bereich des Lebens, Sterbens und Abschiednehmens ein, etwa durch Vorschriften im Umgang mit infizierten Leichen, Beschränkung der Teilnehmenden-Zahl an Bestattungsriten, Verbot von Trauergottesdiensten. Die während der Ebola-Epidemie von der WHO verwendete Formel eines „sicheren und würdevollen“ Todes verknüpft bio-medizinisches und anthropologisch-spirituelles Denken. Im afrikanischen Kontext entstand die Rolle der „Spiritual Brokers“, die zwischen dem bio-medizinischen Modell und dem jeweiligen religiösen vermitteln (Winiger 2020). In analoger Weise lässt sich für die europäische, vergleichsweise stärker säkularisierte Situation sagen: Trauer, insbesondere Trauer um nahestehende Verstorbene, macht den Betroffenen rituelle und spirituelle Bedürfnisse sowie Ritual-Lücken, die zusätzliches Leid verursachen, bewusst. Aus dieser trauernden Bewusstwerdung kann Neues wachsen: die Erkenntnis, dass die Somatisierung des Gesundheits-Diskurses zur Bewältigung der Krise notwendig, aber eben reduktionistisch ist. Spiritual Care wird in neuer Weise „Spiritual Brokering“ sein – die Verknüpfung des biomedizinischen Diskurses und Teilsystems mit der Fülle des Menschseins und die Überwindung einer reduktionistischen Medikalisierung unseres Lebens.

7. Widerstand und Resilienz durch Spiritualität

Spiritualität (für den späten Foucault: Selbstsorge, Zugang zur Wahrheit, freimütige Rede/parrhesia) ist eine Gestalt des subjekthaften Widerstands gegen die Macht. Dabei geht es nicht um ein romantisierendes Revoluzzertum, sondern um die Wiedergewinnung und Weiterentwicklung einer mehrdimensionalen Anthropologie für die Medizin und die Gesundheitsberufe insgesamt. Die Reduktion des Menschen auf seine virologische Rolle (Wirt, infiziert, erkrankt, immun, gestorben) ist eine Strategie, um ihn „festzulegen“. Resilienz heißt, die Frage nach dem

Menschen als dem „noch nicht festgestellten Thier“ (Nietzsche) offenzuhalten: Leiblichkeit, Seele, Beziehungsfähigkeit, Spiritualität, Transzendenzverwiesenheit.

Der späte Foucault wendet sich dem Begriffsfeld Spiritualität/Sorge (*souci*) zu:

Philosophie: « Denkform, die sich danach befragt, was es dem Subjekt erlaubt, einen Zugang zur Wahrheit zu haben, [...] die versucht, die Bedingungen und Grenzen des Wahrheitszuganges des Subjekts zu bestimmen ».

Spiritualität: « die Suche, Praxis, Erfahrung, durch die das Subjekt bei sich selbst die nötigen Transformationen vornimmt, um Zugang zur Wahrheit zu erlangen » (Foucault 2001, 17).

Hatte er früher die unterwerfenden, disziplinierenden Aspekte christlicher Spiritualität und Seelenführung (im Unterschied zur sokratischen Selbstsorge: *epiméleia heautû*) betont, so macht er sich nun den Begriff der Spiritualität zu eigen, die er folgendermaßen charakterisiert: Die Wahrheit wird nicht durch eine eigenständige Erkenntnisanstrengung des Subjekts erlangt, sie muss dadurch „bezahlt“ werden, dass das Subjekt sich bekehrt (*conversion*) und wandelt (*transformation*).

1. Eros und Askese: Das Subjekt wird aus seiner aktuellen Verfasstheit herausgerissen und emporgehoben (Eros: Liebe). Die Wandlung geschieht ferner durch Arbeit an sich selbst (Askese).
2. Durch den Zugang zur Wahrheit wird das Subjekt selbst verwandelt (*effets « de retour » de la vérité sur le sujet*).

8. Ausblick: Was wir durch Covid-19 gelernt haben werden

Am (ungewissen) Ende wird die Corona-Krise ein globales Ungewissheits-Experiment gewesen sein. Dies schließt durchaus die Träger von Macht und Wissen ein, die mitten in unabgeschlossenen Erkenntnisprozessen Empfehlungen und Anordnungen geben, im Übrigen aber, wie alle anderen, „auf Sicht fahren“. So viel ist sicher: Ungewissheit wird der Menschheit ebenso erhalten bleiben wie die Bedrohung durch Viren und andere mikrobiologische Erreger sowie eine Vielzahl pathogener Einflüsse. In einer Zeit, in der sich Institutionen „immun“ gegenüber der Spiritualität erweisen, wird Spiritual Care den Subjekten besondere Aufmerksamkeit geschenkt haben, wohl wissend, dass die neue spirituelle Kultur der Gesundheitseinrichtungen mehr ist als die Summe der Individuen.

Literatur

- Bentham, Jeremy: Panopticon, or the inspection-house : containing the idea of a new principle of construction applicable to any sort of establishment in wick persons of any description are to be kept under inspection, London: Payne 1791.
- Bihl, Amelie: Biopolitik der Angst – Affekttheoretische Anschlüsse an Michel Foucault, in: Gerhards, Helene/Braun, Kathrin (Hg.): Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute, Wiesbaden: Springer Fachmedien 2019, 209–226.
- Cooper, Rosalind: Pastoral power and algorithmic governmentality, in: Theory, Culture & Society 37 (2019) 29–52.
- Foucault, Michel: Die Ordnung des Diskurses, Frankfurt a. M.: Fischer 1972/1991.
- Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1975/1994.
- Foucault, Michel: Omnes et singulatim: towards a criticism of political reason, The Tanner lectures on human values, Stanford: 1979/1981, 223–254.
- Foucault, Michel: L'Herméneutique du sujet: Cours au Collège de France (1981–1982), Paris: Seuil 2001.
- Frick, Eckhard: Spirituelle Anamnese, in: Roser, Traugott (Hg.): Handbuch der Krankenhausseelsorge, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2019, 291–300.
- Frick, Eckhard: Spiritual Care in Containment-Zeiten, in: Spiritual Care 9 (2020a) [im Druck].
- Frick, Eckhard: Unterwegs zum Facharzt für Spirituelle Medizin? Entwurf eines medizinisch-therapeutischen Spiritual Care-Modells zwischen Professionalisierung und Deprofessionalisierung, in: Spiritual Care 9 (2020b) [im Druck].
- Frick, Eckhard/Roser, Traugott: Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen, Stuttgart: Kohlhammer 2011 (= Münchner Reihe Palliative Care).
- Hannah, Matthew G.: Thinking Corona measures with Foucault, in: <https://www.kulturgeo.uni-bayreuth.de/de/news/2020/Thinking-Corona-measures-with-Foucault/index.html> [14.04.2020].
- Jung, Carl Gustav: Die Probleme der modernen Psychotherapie, in: Niehus-Jung, Marianne et al. (Hg.): Praxis der Psychotherapie (GW XVI), Zürich/Stuttgart: Rascher 1950/1958, 57–81.
- Karle, Isolde: Perspektiven der Krankenhausseelsorge. Eine Auseinandersetzung mit dem Konzept des *Spiritual Care*, in: Wege zum Menschen 62 (2010) 537–555.
- Lebrun, Jean-Pierre: De la maladie au malade : psychanalyse et médecine dans la cité, Toulouse: Eres 2017.
- Lindemann, Gesa: Die Verschränkung von Leib und Nexistenz, in: Burow, Johannes F. et al. (Hg.): Mensch und Welt im Zeichen der Digitalisierung. Perspektiven der Philosophischen Anthropologie Plessners, Baden-Baden: Nomos 2015/2019, 47–72.

- Marchand, Jean-Sebastien/Tremblay, Dominique/Denis, Jean-Louis: Governmentality as a relevant idea for the study of healthcare networks. A scoping review, in: Nugus, Peter et al. (Hg.): Transitions and boundaries in the coordination and reform of health services. Building knowledge, strategy and leadership, Cham: Springer International Publishing 2020, 115–147.
- Martin, Patrick: Pouvoir pastoral, normalisation et soins infirmiers: une analyse foucauldienne, in: *Aporia* 2 (2010) 25–35.
- Peng-Keller, Simon: Spiritual Care: Grundgestalten, Leitmodelle und Entwicklungsperspektiven, in: *Spiritual Care* 9 (2020) [im Druck].
- Rose, Nikolas: The politics of life itself, in: *Theory, Culture and Society* 18 (2001) 1–30.
- Rose, Nikolas: Molecular biopolitics, somatic ethics and the spirit of biocapital, in: *Social Theory & Health* 5 (2007) 3–29.
- Sarasin, Philipp: Ausdünstungen, Viren, Resistenzen. Die Spur der Infektion im Werk Michel Foucaults, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 16 (2005) 88–108.
- Sarasin, Philipp: Mit Foucault die Pandemie verstehen?, in: <https://geschichtedergewenwart.ch/mitfoucault-die-pandemie-verstehen/> [14.04.2020].
- Schaupp, Walter: Was es heißt, „Subjekt“ des medizinisch-technischen Fortschritts zu sein, in: Kröll, Wolfgang/Schaupp, Walter (Hg.): *Medizin – Macht – Zwang. Wie frei sind wir angesichts des medizinischen Fortschritts?*, Baden-Baden: Nomos 2016, 13–26.
- Schutijser, Dennis: L’attitude moderne selon Michel Foucault: la subjectivation à la limite, in: *Eidos* (2019) 225–251.
- Spitzer, Nils: *Ungewissheitsintoleranz und die psychischen Folgen. Behandlungsfaden für Psychotherapie und Beratung*, Berlin/Heidelberg: Springer 2019.
- Weizsäcker, Viktor von: Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen, in: Janz, Dieter et al. (Hg.): *Gesammelte Schriften in zehn Bänden*, Bd. 4, Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1933/1997.
- Winiger, Fabian: A ‘safe and dignified’ death: Covid-19 and the WHO guidelines for the West African Ebola crisis, in: *Spiritual Care* 9 (2020) [im Druck].

V

Religiöse Perspektiven

Ethik in Zeiten von Corona. Eine diakonisch-ethische Perspektive¹

Ulrich H.J. Körtner

1. Die Corona-Pandemie als ethische Herausforderung und Bewährungsprobe

Die Krise infolge der Corona-Pandemie ist eine medizinische, politische, gesellschaftliche und ökonomische, aber auch eine ethische Herausforderung und Bewährungsprobe. Es geht dabei nicht nur um Fragen der Medizinethik, der Pflegeethik und der Ethik im Gesundheitswesen insgesamt. Die Corona-Krise berührt in einem ganz umfassenden Sinne sozialetische, aber auch individualetische, personaletische und umweltethische Aspekte.

Die Corona-Krise ist Brennpunkt und zugleich Katalysator und Trigger von globalen, aber auch regionalen gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen. In ihr treten auch Stärken und Schwächen gesellschaftlicher Teilsysteme hervor, zum Beispiel im Gesundheitswesen und im Bereich der Pflege, insbesondere in der Altenpflege und -betreuung, aber auch im Bereich der Behindertenarbeit.

Des Öfteren war zu hören, die Corona-Pandemie sei ein geradezu demokratisches Phänomen, weil das Coronavirus unterschiedslos alle Menschen auf allen Kontinenten befallte, Arme und Reiche, Alte und Junge. Tatsächlich ist das Risiko, an Covid-19 zu erkranken und zu sterben, nicht nur weltweit, sondern auch innerhalb Europas und selbst innerhalb der einzelnen europäischen Länder ungleich verteilt. Das gesundheitliche Risiko ist nicht nur abhängig vom Lebensalter oder von Vorerkrankungen, sondern auch von sozialen Faktoren wie Einkommen, beruflicher Stellung, Wohnverhältnissen usw. Auch die ökonomischen Folgen – zum Beispiel Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit – und die Folgen der gesundheitspolitischen Strategie zur Eindämmung der Pandemie im Bildungswesen (Kitas, Schulen,

1 Vortrag im Rahmen des Online-Seminars „Ethik in Zeiten von Corona“ des Kaiserswerther Verbandes am 20.05.2020. Die Erstfassung wurde online publiziert unter https://kaiserswerther-verband.de/_upl/kwv/de/_d-downloads/20200520_ulrich_koertner_ethik_in_zeiten_von_corona.pdf [18.06.2020]. Sie wurde für die vorliegende Veröffentlichung geringfügig erweitert und überarbeitet.

Universitäten) verteilen sich in der Gesellschaft sehr unterschiedlich. Außerdem fällt der Genderaspekt ins Gewicht. Soziologen stellen zum Beispiel eine „Re-Traditionalisierung“ geschlechtsbezogener Rollenbilder in der Corona-Krise fest.²

Die Corona-Krise wirft auf vielfältige Weise Gerechtigkeitsfragen auf. Und sie verschärft die Lage von besonders vulnerablen und marginalisierten Bevölkerungsgruppen. Das sind Herausforderungen, denen sich Diakonie und Caritas immer schon stellen. Ihre Grundsätze und ihr Selbstverständnis sind gerade jetzt in besonderer Weise gefordert.³ Wie stehen Anspruch und Wirklichkeit diakonischer Arbeit zueinander? Wie weit gelingt es diakonischen Einrichtungen und Unternehmen, ihre christlich geprägten Grundsätze sozialer Arbeit auch in einer Extremsituation wie der Corona-Pandemie mit Leben zu erfüllen?

2. Die Aufgabe von Kirche und Diakonie in Zeiten von Corona

Die Corona-Krise ist auch ein Stresstest und eine Bewährungsprobe für Theologie und Kirche. Im Ausnahmezustand entdeckten Gesellschaft und Politik, wie wichtig nicht nur Ärzte und Pflegekräfte, sondern auch Polizisten, Soldaten und Verkäuferinnen sind. Ihnen wurde öffentlich applaudiert. Von Pfarrern und Pfarrerinnen war nicht die Rede. Vom Lockdown gab es für die Kirchen und andere Religionsgemeinschaften keine Ausnahmen. Religion, so die Lehre der zurückliegenden Monate, ist in der säkularen Gesellschaft nicht „systemrelevant“. Kirchen, Synagogen und Moscheen wurden geschlossen, öffentliche Gottesdienste und das Freitagsgebet untersagt, während Baumärkte und Gartencenter geöffnet blieben oder gleich nach Ostern wieder aufsperrten durften. Religiöse Familienfeiern mussten weitgehend unterbleiben, Trauungen und Taufen verschoben werden. Beerdigungen durften nur im engsten Familienkreis stattfinden, und die Klinikseelsorge wurde vielfach aus den stationären Einrichtungen ausgesperrt, es sei denn, sie ist fester Bestandteil des Behandlungsteams. Manche Seelsorgerinnen und Seelsorger in Rufbereitschaft mussten freilich auch die kränkende Erfahrung machen, von Angehörigen gar nicht gerufen zu werden.

2 Vgl. Allmendinger, Die Frauen verlieren ihre Würde.

3 Vgl. Moser, Ethische Konflikte in Zeiten von Corona.

Der Soziologe Rudolf Stichweh prophezeit, das „System der Religion könnte sich als der eigentliche Verlierer der Corona-Krise erweisen“⁴, spielten doch religiöse Deutungsversuche für die durch Covid-19 ausgelösten Krise abseits binnenkirchlicher Milieus keine relevante Rolle mehr. Der Hauptgeschäftsführer des Deutschen Städte- und Gemeindebundes, Gerd Landsberg, hält dagegen. Die Kirchen seien „im wahrsten Sinne des Wortes systemrelevant“, stünden sie doch gemeinsam mit den Kommunen an vorderster Front bei der Eindämmung der Pandemie und ihrer Folgen.⁵

Allerdings muss man unterscheiden: Die kirchliche Diakonie als Teil des Sozialstaates und des Gesundheitswesens ist tatsächlich weiter systemrelevant, wenn man nur an Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen in kirchlicher oder diakonischer Trägerschaft denkt. Offenbar gilt das aber nicht mehr in gleicher Weise für die Kirchen selbst. Und worin die Christlichkeit oder gar Kirchlichkeit heutiger Diakonie besteht, ist bis in das Arbeitsrecht hinein umstritten. Der Glaube, ohne die Kirchen sei letztlich kein Staat zu machen, weil seine moralischen und weltanschaulichen Voraussetzungen, die er selbst nicht garantieren kann, auf christlich-zivilreligiösem Fundament ruhen, erweist sich als brüchig.

Statt sich gegen den Verlust als Systemrelevanz zu stemmen oder ihn kulturpessimistisch zu beklagen, sollten sich die Kirchen jedoch fragen, ob Systemrelevanz überhaupt zu ihrem Wesenskern gehört, wenn jetzt selbst Schlachthöfe mit menschenunwürdigen Arbeitsbedingungen behaupten, systemrelevant zu sein. Vergessen wir nicht, dass der Begriff Karriere in der Bankenkrise 2008 machte, als es um die Rettung von Geldinstituten ging, die als „too big to fail“ galten. Systemrelevanz ist ein fragwürdiges Gütesiegel.

Nach biblischem Zeugnis ist es nicht die primäre Aufgabe der Kirche, bestehende gesellschaftliche Systeme zu stabilisieren. Schon gar nicht, wenn sie die Menschenrechte missachten, das Ungleichgewicht zwischen Arm und Reich verschärfen und die Ausbeutung von Mensch und Natur vorantreiben, wie der evangelische Theologe Frank Vogelsang zu bedenken gibt.⁶

In der Corona-Krise besteht nicht nur ein Bedarf an ethischer Orientierung, sondern auch an religiöser Orientierung und Sinnggebung. Schließlich lebt der Mensch nicht vom Brot allein, und ein als sinnvoll erfahrenes Leben geht nicht im puren Überleben und medizinischer Versorgung auf.

4 Stichweh, An diesem Imperativ kann die Politik scheitern.

5 Vgl. Landsberg: Hätte mir Öffnung der Kirchen früher gewünscht.

6 Vgl. Vogelsang, Sind Kirchen systemrelevant?.

Das menschliche Sinnbedürfnis übersteigt aber auch die Sphäre des Kulturbetriebs, des Sports und der Unterhaltungsindustrie, die infolge der Corona-Krise erheblich zu leiden haben. Die globalen Auswirkungen der Corona-Pandemie lassen sich insgesamt noch gar nicht ganz abschätzen. Vor ihrer theologischen Überhöhung aber möchte ich warnen. „Not“ – da hat der österreichische Schriftsteller Karl-Markus Gauß recht – „ist kein spirituelles Erweckungserlebnis und die Krise keine moralische Erziehungsanstalt“⁷. Und doch kann auch in einer säkularen Gesellschaft vom Evangelium eine befreiende Kraft ausgehen. Auch schafft der Verlust an Systemrelevanz für Theologie und Kirche neue Freiräume und ist nicht bloß zu beklagen. Schließlich geht das Reich Gottes nicht in bestehenden Gesellschaftssystemen und ihrer Optimierung auf, sondern es transzendiert und durchbricht diese. Das systemkritische Potenzial der christlichen Hoffnung auf das Reich Gottes, um dessen Kommen Sonntag für Sonntag im Vaterunser gebetet wird, ist daher auch nicht auf wohlfeile Kapitalismuskritik und kirchlicher Betroffenheitsrhetorik zu reduzieren.

Im Verlust an Systemrelevanz liegt für Kirche und Theologie die Chance, aus der babylonischen Gefangenschaft einer auf reine Diesseitigkeit reduzierten Moralanstalt befreit zu werden. Der Glaube ist kein Muss. Er bleibt aber eine Option,⁸ wie auch Gott nicht notwendig, sondern – mit Eberhard Jüngel gesprochen⁹ – mehr als notwendig ist und unseren Wirklichkeitssinn gerade dadurch schärft, dass er uns mit Möglichkeitssinn begabt. Selbst in einer Minderheitenposition sind Theologie und Kirche be-rufen, der Welt als Gottes Schöpfung zugewandt zu bleiben.

Kirche und Diakonie haben die Aufgabe, der Welt durch ihre Verkündigung wie durch ihr praktisches Tun das Evangelium und Gottes bedingungslose Hinwendung zu den Menschen und zu seiner Schöpfung zu bezeugen. Das Evangelium ist eine Ressource des Glaubens, der Liebe und der Hoffnung, nicht nur der Resilienz, sondern auch der Solidarität und Zuwendung zu den Menschen, die unserer Hilfe bedürfen. Die biblische Botschaft in Zeiten von Corona lässt sich mit einem Satz aus dem 2. Timotheusbrief auf den Punkt bringen: „Gott hat uns nicht gegeben den Geist der Furcht, sondern der Kraft und der Liebe und der Besonnenheit“ (2Tim 1,7).

7 Gauß, „Krise ist keine moralische Erziehungsanstalt“.

8 Vgl. Taylor, Ein säkulares Zeitalter 843–1279; siehe auch Joas, Glaube als Option.

9 Vgl. Jüngel, Gott als Geheimnis der Welt, 30.

3. Christliche Ethik

Aus diesem Geist schöpft auch jede christliche Ethik. Christliche Ethik ist eine vom Geist der Liebe geleitete Verantwortungsethik.¹⁰ Die evangelische Sicht von Verantwortung hängt unmittelbar mit dem Glauben an die Rechtfertigung des Sünders allein durch den Glauben zusammen. Auf ihr beruht die Unterscheidung von Person und Werk, welche vom Zwang der Selbstrechtfertigung befreit – und gerade so zur Übernahme von Verantwortung befähigt. Die Wahrnehmung und Übernahme von Verantwortung geschieht nicht nur im Wissen darum, dass Menschen scheitern können, sondern auch im Vertrauen darauf, dass uns vergeben wird.

Verantwortungsethik im christlichen Sinne ist keine kasuistische Gesetzesethik, sondern setzt auf die Eigenverantwortung dessen, der sich gerade in seiner Freiheit vor Gott gestellt sieht. Menschen sind nicht nur irrtumsfähig und fehlbar, sie können auch bei allem guten Willen schuldig werden.

Neben Liebe und Verantwortung steht die Freiheit als Grundbegriff evangelischer Ethik. Das biblische Evangelium ist in seinem Kern eine Botschaft der Freiheit. „Zur Freiheit hat uns Christus befreit!“ schreibt Paulus in Gal 5,1 und warnt davor, die stets gefährdete Freiheit des Glaubens durch eine neue Gesetzlichkeit zu verspielen. Das Christentum ist die Religion der Freiheit, und alle Kirchen wie auch diakonische Einrichtungen sind daran zu messen, inwieweit sie eine Institution der Freiheit sind. Das in Theorie und Praxis neu zur Geltung gebracht zu haben, ist die bleibende Bedeutung der Reformation.

1520 veröffentlichte Luther seine Schrift „Von der Freiheit eines Christenmenschen“¹¹. Sie beginnt mit einer paradox anmutenden Doppelthese, die es in sich hat: „Ein Christenmensch ist ein freier Herr über alle Dinge und niemandem untertan. Ein Christenmensch ist ein dienstbarer Knecht aller Dinge und jedermann untertan.“¹² Freiheit im biblischen und reformatorischen Sinne ist eben nicht mit schrankenlosem Individualismus und dem vermeintlichen Recht des Stärkeren zu verwechseln, sondern sie ist stets mit Verantwortung gegenüber Gott und den Mitmenschen gepaart und kann nur im Geist der Gottes- und Nächstenliebe gelebt werden.

10 Vgl. Körtner, *Evangelische Sozialethik* 85–97.112 – 131.

11 WA 7,3–38.

12 WA 7,21.

4. Menschenwürde, Freiheit und Verantwortung

In den weiteren Phasen der Corona-Pandemie wird es sehr darauf ankommen, wie Freiheit und Verantwortung in ein ausgewogenes Verhältnis gebracht werden können. Die Freiheit zum Leben und die Würde des Menschen, die nicht gegen andere Güter aufgerechnet werden darf, schließen die Freiheit zum Sterben ein, das heißt auch die Freiheit zu selbstverantwortlich eingegangenen gesundheitlichen Risiken. Werden Leben und Gesundheit abstrakt zum höchsten Gut erklärt, ist die unausweichliche Folge ein Paternalismus, der zur Bevormundung und Entmündigung von Menschen führt. Der lobenswerte Grundsatz, besonders gefährdete Personengruppen vor Covid-19 zu schützen, darf nicht zur Bevormundung von Patienten und Bewohnerinnen führen, die am Ende vor sich selbst zu Tode geschützt werden, weil das nackte Überleben mit dem sozialen Tod, der unverhältnismäßigen Einschränkung von Besuchs- und Freiheitsrechten erkaufte wird.

Die Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie haben nicht nur Menschenleben gerettet, sondern sind auch mit gesundheitlichen Nachteilen und sogar Schäden erkaufte worden. Man denke an „normale“ Kranke, die bei Herzinfarktverdacht nicht zum Arzt oder in die Klinikambulanz gegangen sind, an verschobene OPs oder an psychische Folgen der wochenlangen Isolation, eine Verschlimmerung der Verwirrtheit bei Menschen mit Demenz oder die Verschlechterung des Allgemeinzustandes von Bewohnern und Bewohnerinnen von Einrichtungen der Altenhilfe infolge der Infektionsschutzmaßnahmen.

Nach christlichem Verständnis hat jeder Mensch die gleiche Würde, die es verbietet, Menschenleben gegeneinander aufzuwiegen. Der utilitaristische Ansatz des größtmöglichen Nutzens für die größtmögliche Zahl an Menschen steht dazu im Widerspruch. Dennoch kann es im Leben immer wieder zu Zielkonflikten kommen, etwa, wenn Leben gegen Leben steht.

Der deutsche Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble, ein bekennender evangelischer Christ, hat in einem Interview erklärt: „Aber wenn ich höre, alles andere habe vor dem Schutz von Leben zurückzutreten, dann muss ich sagen: Das ist in dieser Absolutheit nicht richtig. Grundrechte beschränken sich gegenseitig. Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen. Die ist unantastbar. Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen.“¹³ Und er ergänzte: „Der Staat muss für alle die bestmögliche gesundheitliche Ver-

13 Tagesspiegel, Schäuble will dem Schutz des Lebens nicht alles unterordnen.

sorgung gewährleisten. Aber Menschen werden weiter auch an Corona sterben.“¹⁴ Diese Sätze sind nicht in einem utilitaristischen Sinn zu verstehen. Sie weisen aber zu Recht auf eine Grundaporie moderner Medizin und staatlicher Gesundheitsvorsorge hin.

In der nun eingetretenen Phase der Pandemie, in der massiv Lockerungen der Maßnahmen gefordert werden und auch der politische Streit über den richtigen Weg an Schärfe gewinnt, entsteht folgendes Problem: Die Eigenverantwortung wird in erster Linie für das persönliche Leben gesehen und nicht mehr gleich in starkem Maße für die Gemeinschaft und das Gemeinwohl. Dabei könnte man ja sagen, es ist in wohlverstandenen Eigeninteresse, sich auch solidarisch zu zeigen.¹⁵

Die Grenzen meiner Freiheit und meines Rechtes auf für mich riskantes und möglicherweise selbstschädigendes Verhalten sind dort erreicht, wo mein Verhalten andere Menschen in Gefahr bringt. Auch ist zu bedenken, dass wir in der heutigen Gesellschaft gerade um unserer freiheitlichen Lebensführung willen auf einen starken Sozialstaat und ein funktionierendes Gesundheitswesen angewiesen sind. Um ein funktionsfähiges Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten und damit die einzelnen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen funktionsfähig bleiben, sind Einschränkungen der individuellen Freiheit nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch zulässig. Es ist aber je nach Verlauf der Pandemie die Verhältnismäßigkeit solcher Einschränkungen zu überprüfen und zu korrigieren.

Menschenwürde und das Recht auf Leben gehören unmittelbar zusammen. Während das Recht auf Leben ursprünglich als Abwehrrecht gedacht ist, hat es sich aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr zu einem Teilhaberecht gewandelt. Recht auf Leben bedeutet nun auch den Anspruch des Individuums auf eine optimale Gesundheitsversorgung. Gesundheit ist ein Individualrecht und individuelles Gut. Im Fall des Seuchenschutzes wird sie aber auch als überindividuelles Gut verstanden. In welchem Ausmaß aber kann Gesundheit als Kollektivgut rechtlich und ethisch definiert werden? Als individuelle Abwehrrechte schließen Grundrechte wie das Recht auf Leben und das Recht auf Privatsphäre nicht nur den Schutz vor Angriffen oder Übergriffen Dritter, sondern auch den

14 Tagesspiegel, Schäuble will dem Schutz des Lebens nicht alles unterordnen.

15 Dieser Gesichtspunkt spielt auch in der Diskussion zum Contact Tracing und zur Frage, ob dafür geeignete Apps auf freiwilliger Basis genutzt oder, wie in einigen asiatischen Ländern, gesetzlich vorgeschrieben werden sollen. Vgl. dazu Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Contact Tracing als Instrument der Pandemiebekämpfung; siehe dazu auch den Beitrag von Brühwiler/Romagnoli/Strub in diesem Band.

Schutz *vor* dem Staat ein. Wie weit reicht aber der Anspruch auf Schutz *durch* den Staat vor einer kollektiven Bedrohung oder auch durch rücksichtsloses, fremdschädigendes Handeln Dritter? Beispiel: Impfpflicht bei Masern. Wäre eine Impfpflicht auch bei Covid-19 denkbar? Generell oder für bestimmte Personengruppen (z.B. Angehörige von Gesundheitsberufen)?

5. Allokationsfragen

Gesundheit ist gewiss nicht alles im Leben, aber ohne eine funktionierende Gesundheitsversorgung, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen kann auch die Wirtschaft nicht bestehen. Ohne eine florierende Wirtschaft kann freilich auch das bestehende Gesundheitssystem nicht erhalten werden. Zu seinem Erhalt gehört auch, die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen aufrecht zu erhalten. Die Konzentration auf Bettenkapazitäten für Corona-Patienten und die zeitweilige Schließung von Stationen hat zu erheblichen Einnahmeausfällen in Kliniken geführt.

In der ersten Phase der Pandemie wurde auch über allfällige Triage-Entscheidungen diskutiert.¹⁶ Fachgesellschaften haben Leitlinien für Triage-Entscheidungen im Kontext der Corona-Pandemie ausgearbeitet. Auch der Deutsche Ethikrat¹⁷ und die Österreichische Bioethikkommission¹⁸ haben zu dieser Frage Stellung bezogen. Priorisierung und Triage sind Beispiele für die generell im Gesundheitswesen erforderliche Allokation, d. h. Zuteilung knapper Ressourcen an potenzielle Nutzer. Allokationsfragen im Gesundheitswesen stellen sich nicht nur in Verbindung mit der Corona-Pandemie.¹⁹ Ihre transparente Diskussion ist eine demokratiepolitische Aufgabe, an der sich auch Kirche und Diakonie zu beteiligen haben.

16 Vgl. Körtner, Ethische Leitlinien für die Triage im Kontext von COVID-19, 12–14; siehe dazu auch die Beiträge von Lintner, Schockenhoff und Valentin in diesem Band.

17 Vgl. Deutscher Ethikrat, Solidarität und Verantwortung in der Krise. Ad-hoc-Empfehlung; siehe dazu auch den Beitrag von Schockenhoff in diesem Band.

18 Vgl. Österreichische Bioethikkommission, Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie; siehe dazu auch den Beitrag von Valentin in diesem Band.

19 Siehe Schöne-Seifert u.a., Gerecht behandelt?; siehe Gethmann-Siefert/Thiele, Ökonomie und Medizinethik; vgl. Deutscher Ethikrat, Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen.

Man unterscheidet drei Ebenen der Allokation:

- Makroebene,
- Mesoebene,
- Mikroebene.

Aus medizinethischer Sicht sollten Allokationsentscheidungen möglichst weit weg vom einzelnen Patienten getroffen werden. Das gilt auch für die Versorgungslage in der COVID-19-Pandemie. Zunächst gilt es, die Situation knapper Ressourcen durch geeignete Allokationsmaßnahmen zu entschärfen, etwa durch Verlegung von Patienten, die keine Intensivtherapie benötigen, auf eine Intermediate Care Unit oder auf eine Normalstation. Grundsätzlich erfordert Allokation nicht nur *Rationalisierung*, sondern auch *Rationierung*. Dabei ist zu beachten, dass es nicht nur Phänomene der Unterversorgung, sondern auch der Überversorgung und der Fehlversorgung gibt, die sich nicht nur auf das Gesamtsystem unter medizinökonomischen Gesichtspunkten, sondern auch auf das individuelle Patientenwohl nachteilig auswirken können.

Grundlegende Prinzipien für Priorisierungsentscheidungen sind (1) das Prinzip der Gerechtigkeit (Fairness) sowie die Prinzipien der (2) Patientenautonomie – d. h. soweit bekannt, der Patientenwille – und die (3) Menschenwürde. Ein weiteres Kriterium sind (4) die Überlebenschancen und die klinische Erfolgsaussicht.

Zu ethischen Kriterien für Priorisierungs- und Triage-Entscheidungen heißt es in den Empfehlungen der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der in Göttingen ansässigen Akademie für Ethik in der Medizin (AEM): „Eine Priorisierung ist aufgrund des Gleichheitsgrundsatzes nicht vertretbar nur innerhalb der Gruppe der an COVID-19 Erkrankten und *nicht* zulässig *allein* aufgrund des kalendarischen Alters oder aufgrund sozialer Kriterien.“²⁰ Das bedeutet im Klartext: Einerseits darf es keine Altersdiskriminierung geben. Die mutmaßliche Lebenserwartung nach der Gesundung ist für die Aufnahme auf eine Intensivstation unerheblich. Andererseits werden auch im Katastrophenfall Intensivbetten für andere Patienten benötigt, zum Beispiel für Unfallopfer, Herzinfarkt- und Schlaganfallpatienten oder frisch Operierte nach einem schweren Eingriff. Das aber bedeutet, dass im Katastrophenfall

20 Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen, 4.

auch nicht an COVID-19 erkrankte Patientinnen und Patienten von der Triage betroffen sein können.

Ein besonderes Augenmerk ist weiter auf die Situation und Entwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen zu richten.²¹ Es besteht die Gefahr, dass an COVID-19 erkrankte Bewohner zu rasch in Krankenhäuser verlegt werden. Hier bedarf es einer Vor-Triage, bei der im Sinne des *Advanced Care Planning* überprüft wird, ob ein Patient nicht in der Pflegeeinrichtung verbleiben und gegebenenfalls auch dort mit palliativer Begleitung versterben kann. Solche Entscheidungen bedürfen aber einer sorgfältigen Abwägung und Rechtfertigung, weil andernfalls für Pflegeheimbewohner das Alter zum Ausschlusskriterium würde. Das aber verstieße gegen das geltend gemachte Verbot der Altersdiskriminierung. Auch in diesem Fall ist multiprofessionelle Klinische Ethikberatung wünschenswert, die nicht erst bei Einzelentscheidungen unterstützend wirken kann, sondern schon bei der Erstellung einer hausinternen Leitlinie.

6. Ethische Kultur und Umgang mit Grenzerfahrungen und Schuld

Politiker wie Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachkräfte, aber auch Leitungspersonen in Krankenhäusern und diakonischen Einrichtungen müssen schwerwiegende Entscheidungen treffen, auch auf die Gefahr hin, das Falsche zu tun. Der deutsche Gesundheitsminister Jens Spahn sagte im April 2020: „Wir werden in ein paar Monaten wahrscheinlich viel einander verzeihen müssen.“ Christliche Ethik weiß um die Grenzen des Ethischen, die Fehlbarkeit des Menschen, um Schuld, aber auch um Vergebung. Ich wünsche mir in Kranken- und Pflegehäusern in kirchlicher oder diakonischer Trägerschaft eine ethische Kultur, die von dieser Einsicht und vom Geist der Kraft, der Liebe und der Besonnenheit geprägt ist.

Konkret sollte sich dies in einer ethischen Beratungskultur niederschlagen, die wohl noch an vielen Stellen ausbaufähig ist. Das Klinikpersonal benötigt psychosoziale und seelsorgliche Begleitung, auch um mit möglichen Schuldgefühlen zurechtzukommen. Die Krankenhausseelsorge kann hier einen wichtigen Beitrag leisten. Ärzte und Pflegepersonen brauchen nicht nur Ethikberatung, sondern auch Trost und Beistand.

21 Vgl. Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin, Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege; vgl. Akademie für Ethik in der Medizin, Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19; siehe dazu auch den Beitrag von Dinges in diesem Band.

Die Pandemie führt den Menschen ihre Verletzlichkeit und Endlichkeit, auch die Verletzlichkeit einer hochkomplexen Gesellschaft und ihrer sozialen Systeme, vor Augen. Menschen suchen nicht nur nach praktischer Hilfe, sondern auch nach Halt und Trost. Ohne es immer so direkt auszusprechen, sehen sich doch viele Menschen nun mit der Frage konfrontiert, was ihr einziger Trost im Leben und im Sterben ist (Heidelberger Katechismus, Frage 1). Das fragen sich nicht nur Kranke oder Sterbende und ihre Angehörigen, sondern auch die Angehörigen der Gesundheitsberufe, die in Zeiten von Corona besonderen Belastungen ausgesetzt sind.

7. Sterben in Zeiten von Corona

In der Phase des Lockdown sind die Eigentümlichkeiten und Mängel heutiger Sterbekultur besonders krass zutage getreten. Schon vor Jahrzehnten hat der Soziologe Norbert Elias die Einsamkeit der Sterbenden in der modernen Gesellschaft beschrieben.²² Dominiert der epidemiologische Blick das Handeln in der Corona-Krise, nimmt die Einsamkeit der Sterbenden auf Intensivstationen und in Pflegeeinrichtungen zu. Im Kampf gegen die Pandemie droht bisweilen aus dem Blick zu geraten, dass wir alle einmal sterben müssen, ob mit oder ohne Corona.

Der Umgang mit dem Tod ist hochgradig paradox. Er ist Thema, wird aber gleichzeitig kaschiert. Einerseits steht außer Frage, dass alle Menschen sterben müssen. Die Medizin mag noch so große Fortschritte machen, am Ende beträgt die Todesrate doch immer hundert Prozent. Der Tod zur Unzeit soll aber vermieden werden. Der natürliche Tod ist in Wahrheit jedoch eine Utopie. Es herrscht die Vorstellung vor, die Menschen sollten möglichst alle ein hohes Alter erreichen und erst nach einem langen, erfüllten Leben sterben. Man wünscht sich den Tod als friedliches Erlöschen, das die Gesellschaft dann auch nicht mehr berührt. Der französische Historiker Philippe Ariès hat diese Idee als den „verwilderten Tod“ und fragwürdigen Versuch charakterisiert, „den Tod mit dem Glück zu versöhnen“²³. In der Corona-Krise wurde der Tod hingegen als Feind und Drohung inszeniert: „Bald“, so sagte der österreichische Bundeskanzler Kurz, „wird jeder einen Menschen kennen, der an Corona gestorben ist.“

22 Siehe Elias, Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen.

23 Ariès, Geschichte des Todes, 789; vgl. dazu ausführlich Körtner, Bedenken, daß wir sterben müssen, 11–31.

Menschen in Gesundheitsberufen, die in den zurückliegenden Wochen viele Menschen an Covid-19 haben sterben sehen, sind mehr als sonst seelisch belastet. Wird unsere Sterblichkeit verdrängt, muss jeder Tote als Versagen empfunden werden. Das führt zu moralischem Stress beim klinischen Personal.²⁴ Human ist eine Medizin, die das Sterben zulassen kann und den Tod nicht bloß als eine numerische Größe in den täglichen Corona-Statistiken behandelt.

Von Verstorbenen Abschied zu nehmen, gehört zu einem humanen Umgang mit dem Tod. Religiöse Trauerriten sind Bestandteil der Religionsfreiheit, die in der Phase des Containments stark beschnitten worden ist. Eingriffe in Grundrechte, zu denen auch das Besuchsrecht und der seelsorgliche Beistand für Kranke und Sterbende zählt, lassen sich in der Akutphase einer Pandemie rechtlich und ethisch rechtfertigen. Ihre Verhältnismäßigkeit ist aber fortlaufend zu überprüfen.

Übertriebene Maßnahmen, die das Recht auf Sterbebegleitung und ein würdevolles Abschiednehmen unterminieren, sind nicht zu rechtfertigen. Von an oder mit Covid-19 Verstorbenen geht laut Robert Koch Institut kein größeres Infektionsrisiko als von Influenzatoten aus, wird das Virus doch vor allem durch Tröpfcheninfektion übertragen.²⁵ Tote atmen nicht. Werden übliche Hygienestandards eingehalten, spricht augenscheinlich grundsätzlich nichts dagegen, dass sich Hinterbliebene persönlich von Corona-Toten verabschieden – auch mit seelsorglicher Begleitung. Bei religiösen Riten ist allerdings darauf zu achten, dass das mögliche Infektionsrisiko beachtet wird. Mediziner raten, auf Berührungen des Leichnams oder rituelle Waschungen zu verzichten oder zumindest für eine ausreichende Schutzausrüstung zu sorgen.

8. Ausblick

Die Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems wird mehr denn je eine gemeinsame kollektive Anstrengung. Wie gut es funktioniert, welche Therapien finanziert werden können und wie Kranke versorgt werden, ist in den wirtschaftlich harten Zeiten, die uns durch den Lockdown ganz sicher in der nächsten Zukunft erwarten, zu einer sehr großen Herausforderung geworden.

24 Siehe Eisele, *Moralischer Stress in der Pflege*.

25 Vgl. Robert Koch Institut, Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen.

Beispielsweise lässt sich zur Forderung nach höherer Wertschätzung der Pflegefachkräfte rasch ein Konsens erzielen. Und natürlich ist es richtig, dass Anerkennung nicht nur durch öffentlichen Applaus, sondern auch durch bessere Bezahlung zum Ausdruck gebracht werden muss. Solange aber unklar bleibt, wer die Mehrkosten für höhere Löhne tragen wird, sind Beschlüsse des Gesetzgebers, die Gehälter anzuheben, fragwürdig. Strukturelle Probleme in der stationären und ambulanten Pflege und insbesondere im Bereich der Altenhilfe lassen sich auch nicht allein mit Lohnerhöhungen lösen. Es braucht vor allem mehr Personal und Dienstpläne, die für die Pflege und Betreuung des einzelnen Patienten mehr Zeit vorsehen. Damit sind wir wieder bei den oben angesprochenen Allokationsfragen.

Letztendlich müssen alle Bürgerinnen und Bürger mit ihren Steuergeldern für die Kosten des Lockdowns und der weiteren Bekämpfung der Corona-Pandemie aufkommen. Es ist zu hoffen, dass der Diskurs über Weichenstellungen nicht von wenigen Experten, sondern wieder öffentlich und transparent geführt werden wird. Hier sind auch Diakonie und Caritas als Stakeholder im Gesundheitswesen und sozialpolitische Akteurinnen gefragt. Nach dem Ende des Lockdowns ist eben nicht mehr allein die Stunde der politischen Exekutive, aber auch nicht nur die Stunde der Parlamente, sondern es braucht jetzt auch die Zivilgesellschaft.

Eine lebendige und freiheitliche Demokratie kann ohne Zivilgesellschaft nicht bestehen. Ohne sie wird auch die Corona-Krise nicht zu bewältigen sein. In den Beraterstäben des österreichischen Gesundheitsministeriums und des Bundeskanzlers sitzen bislang keine Experten für Religion. Zwar gab es Gespräche zwischen Regierung und Vertretern der Religionsgemeinschaften, aber doch nur, um diese über die von der Regierung beschlossenen Maßnahmen zu informieren und ihre Zustimmung und Unterstützung zu erbitten. Das kann auf die Dauer nicht genügen. Das Covid-19-Virus wird nicht wieder verschwinden wie ein Wintersturm, sondern es ist gekommen, um zu bleiben. Wir werden lernen müssen, mit ihm zu leben, auch wenn es irgendwann einmal wirksame Medikamente und einen Impfstoff gegen Covid-19 geben sollte. Und dabei ist nicht nur medizinische oder statistische Expertise gefordert, sondern auch soziologische, sozialpsychologische und kulturwissenschaftliche, aber auch theologische Expertise.

Welche Rolle Kirchen und Theologie im politischen Krisenmanagement spielen und wie sie sich an den Debatten über die Ursachen, die Folgen und Lösungsmöglichkeiten für die Corona-Krise beteiligen, sind nicht allein religionssoziologische und sozialetische Fragestellungen, sondern

sie stellen sich auch im Rahmen einer Öffentlichen Theologie.²⁶ Die Religionsgemeinschaften sind und bleiben ein wichtiger Teil der Zivilgesellschaft, auch in einer säkularen Gesellschaft wie der unseren. Ihre Aufgabe sehe ich nicht allein darin, das religiöse Leben ihrer Mitglieder zu gestalten und für ihre Belange einzutreten. Es geht nicht nur darum, die Religionsfreiheit – die ja auch das Recht auf Religionslosigkeit einschließt – und das Recht auf individuelle wie kollektive Religionsausübung in Zeiten von Corona zu verteidigen. Vielmehr haben die Religionsgemeinschaften auch die Aufgabe, sich aktiv am gesellschaftlichen und politischen Diskurs über den Umgang mit der Corona-Pandemie zu beteiligen. Jedenfalls gehört das zum Selbstverständnis der christlichen Kirchen.

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin: Pflegeethische Reflexion der Maßnahmen zur Eindämmung von Covid-19 (12.5.2020), in: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/2020_05_12_Pflegeethische_Reflexion_Papier.pdf [18.06.2020].
- Allmendinger, Jutta (12.05.2020): Die Frauen verlieren ihre Würde, in: <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2020-05/familie-corona-krise-frauen-rollenverteilung-rueckentwicklung>, [18.6.2020].
- Ariès, Philippe: Geschichte des Todes, München: dtv 1980.
- Deutscher Ethikrat: Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung. Stellungnahme, in: https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/DER_StnAllo-Aufl2_Online.pdf [18.06.2020].
- Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Krise. Ad-hoc-Empfehlung, in: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> [18.06.2020].
- Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): Entscheidungen über die Zuteilung von Ressourcen in der Notfall- und der Intensivmedizin im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen (25.03.2020), in: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file> [18.06.2020].
- Eisele, Colombine (Hg.): Moralischer Stress in der Pflege – Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen, Wien: Facultas 2017.
- Elias, Norbert: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt am Main: Suhrkamp 1991.

26 Vgl. dazu Körtner, Religion und Corona. Eine erste Zwischenbilanz aus evangelisch-theologischer Sicht. Zur Debatte über Öffentliche Theologie siehe auch Körtner/Anselm/Albrecht, Konzepte und Räume Öffentlicher Theologie.

- Gauß, Karl-Markus: „Krise ist keine moralische Erziehungsanstalt“, Interview in der Presse vom 28.03.2020, in: <https://www.diepresse.com/5791841/autor-gauss-krise-ist-keine-moralische-erziehungsanstalt> [18.06.2020].
- Gethmann-Siefert, Annemarie/Thiele, Felix (Hg.): *Ökonomie und Medizinethik*, München: Fink 2008.
- Joas, Hans: *Glaube als Option. Zukunftsmöglichkeiten des Christentums*, Freiburg/Basel/Wien: Herder 2012.
- Jüngel, Eberhard: *Gott als Geheimnis der Welt. Zur Begründung der Theologie des Gekreuzigten im Streit zwischen Theismus und Atheismus*, Tübingen: Mohr Siebeck 1982.
- Körtner, Ulrich H.J.: *Bedenken, daß wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik*, München: Beck 1996. Körtner, Ulrich H.J.: *Ethische Leitlinien für die Triage im Kontext von COVID-19*, in: *Ärzte Woche* 34/17 (2020).
- Körtner, Ulrich H.J.: *Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder* (= UTB 2107), Göttingen: utb 2019.
- Körtner, Ulrich H.J./Anselm, Reiner/Albrecht, Christian (Hg.): *Konzepte und Räume Öffentlicher Theologie. Wissenschaft – Kirche – Diakonie* (= Öffentliche Theologie 39), Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt 2020.
- Körtner, Ulrich H.J.: *Religion und Corona. Eine erste Zwischenbilanz aus evangelisch-theologischer Sicht* (04.06.2020), in: <https://konfessionskundliches-institut.com/allgemein/religion-und-corona/> [18.6.2020].
- Landsberg, Gerd: *Hätte mir Öffnung der Kirchen früher gewünscht*, in: <https://www.evangelisch.de/inhalte/170315/19-05-2020/landsberg-haette-mir-oeffnung-der-kirchen-frueher-gewuenscht> [18.06.2020].
- Luther, Martin: *Von der Freiheit des Christenmenschen*, Weimarer Ausgabe (WA) 7.
- Moser, Maria: *Ethische Konflikte in Zeiten von Corona* (Argumentarium Nr. 7 des Instituts für öffentliche Theologie und Ethik der Diakonie, Wien 2020), in: https://diakonie.at/sites/default/files/diakonie_oesterreich/ethik/argumentarium_corona-200525.pdf#page=1&zoom=auto,-82,848 [18.06.2020].
- Österreichische Bioethikkommission: *Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie*, in: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:772d37b0-3db9-4c8b-b4fe-e6dca7b1b8d3/2004_02_Covid_Bioethik.pdf [18.06.2020].
- Robert Koch Institut: *Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2-infizierten Verstorbenen* (24.04.2020), in: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html [18.06.2020].
- Schöne-Seifert, Bettina u. a. (Hg.): *Gerecht behandelt? Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen*. Paderborn: Mentis 2006.
- Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin: *Contact Tracing als Instrument der Pandemiebekämpfung* (06.04.2020), in: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-stellungnahme-Contact_Tracing.pdf [18.06.2020].

- Schweizer Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin: Schutz der Persönlichkeit in Institutionen der Langzeitpflege. Ethische Erwägungen im Kontext der Corona-Pandemie, (08.05.2020), in: https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK_Stellungnahme_Schutz_der_Persoenlichkeit_in_Institutionen_der_Langzeitpflege_-_final.pdf [18.06.2020].
- Stichweh, Rudolf: An diesem Imperativ kann die Politik scheitern, in: <https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/an-diesem-imperativ-kann-die-politik-scheitern-16714610.html?premium=0xb23580cb82b0ebc56a9c91cb03f39bcb> [18.06.2020].
- Tagesspiegel.de: Schäuble will dem Schutz des Lebens nicht alles unterordnen (26.04.2020), in: <https://www.tagesspiegel.de/politik/bundestagspraesident-zur-corona-krise-schaeuble-will-dem-schutz-des-lebens-nicht-alles-unterordnen/25770466.html> [18.06.2020].
- Taylor, Charles: Ein säkulares Zeitalter, Frankfurt am Main: Suhrkamp 2009.
- Vogelsang, Frank: Sind Kirchen systemrelevant? (22.05.2020), in: <https://frank-vogelsang.de/2020/05/22/sind-kirchen-systemrelevant/> [18.06.2020].

Das Virus, der sterbliche Mensch und Gott – vom existentiellen Sinn in der Krise zur existentiellen Sinn-Krise und zurück

Martin Splett

Die Corona-Pandemie hat eine weltweite Krise ausgelöst, die praktisch jeden auf die eine oder andere Weise betrifft – wenn nicht durch Infektion oder die Angst davor, dann durch vielfältige Auswirkungen von Schutzmaßnahmen; wenn nicht durch eigenes Leid, dann durch Mitgefühl mit Leidenden. Diese Krise drängt zum Nachdenken darüber, was nun praktisch zu tun ist; und das geschieht auch vielfach. Dieser philosophisch-theologische Text hingegen beschäftigt sich mit der Frage, was die Corona-Krise und ihre Bekämpfung über unsere menschliche Existenz und über Gott aussagt bzw. in Erinnerung ruft¹.

Für die These, dass die Beschäftigung mit Sinnfragen kein intellektuelles Glasperlenspiel ist, sei als glaubwürdiger Zeuge der jüdische Psychiater Viktor Frankl² angeführt: Er hat eine schlimme Zeit im Konzentrationslager überlebt, weil er ihr Sinn abgewinnen konnte. Die von ihm entwickelte Logotherapie hilft dabei, bedrohliche Situationen durch Sinngebung besser in den Griff zu bekommen. Einer Not und Krise, die man erklären kann, scheint man nicht mehr so ohnmächtig ausgeliefert zu sein. Dieser Mechanismus wirkt in verquerer Weise auch bei Verschwörungserzählungen (von *Theorien* sollte man hier wirklich nicht sprechen) rund um die Corona-Pandemie. Dasselbe gilt auch für das Phänomen „Schuld“: Sowohl massive Selbstvorwürfe wie die Suche nach Schuldigen bzw. Sündenböcken bieten Sinnzusammenhänge und verschaffen dadurch zunächst eine gewisse Erleichterung; doch Vorwürfe und Bestrafungen lösen langfristig keine Krise.

Des Weiteren sei vor einer zu einseitigen Rede von der „Krise als Chance“ gewarnt: Natürlich soll man nach Ursachen forschen und Lehren für die Zukunft ziehen – für menschliches Zusammenleben, für den Umgang mit der Natur oder auch für Kirche und Seelsorge. Zudem begünstigt eine

1 Für wertvolle Hinweise und Anregungen danke ich Barbara Huber und Friedhelm Fuest.

2 Siehe z. B. Frankl, *Der Mensch auf der Suche nach Sinn*.

optimistische Haltung ein erfolgreiches Handeln. Ohnehin hat die derzeitige Krisensituation für so Manchen auch ihre angenehmen Seiten. Doch sobald dadurch ein todbringendes Virus und seine pandemische Verbreitung zu etwas Gutem erklärt würden, wäre das zynisch und ein Hohn gegenüber den zahllosen Opfern dieser Krise, und das sind nicht nur die Kranken und die Toten! Tatsächliche oder künftig mögliche positive Auswirkungen der Corona-Pandemie rechtfertigen nicht gegenwärtiges Übel.

Darum suche ich weder einen Sinn des Corona-Virus noch *den* Sinn der Krise. Vielmehr frage ich vorsichtig nach Sinn *in* der Krise – und respektiere, wenn manche Leidende davon nichts hören wollen. Zugleich fühle ich mich zur Sinnsuche ermutigt von Leidenden, die sich nach Licht im Dunkel sehnen. Allerdings scheint die Suche nach Sinn in der Krise früher oder später auch in eine Sinnkrise zu führen; denn zur Erfahrung von Sinn gesellt sich sogleich die Erfahrung von verstärkter Sinnlosigkeit, von Widersinn.

Dies verschärft sich noch einmal, wenn Gott ins Spiel kommt. Denn für Menschen, die an ihn glauben, spielt Gott eine wichtige Rolle bei der Frage nach Sinn im Leben – und im Leiden.

Im Folgenden werden einige grundlegende Aspekte der menschlichen Existenz bedacht, auf die uns die Corona-Krise wieder neu hinweist, insbesondere auf unsere Sterblichkeit; denn im Bewusstwerden solcher Aspekte sehe ich einen Sinn in der Krise. Dafür greife ich Grundthemen der so genannten „Existenziellen Psychotherapie“ von Irvin Yalom auf (1)³. Anders als der nichtreligiöse Psychiater und Autor frage ich dazu als Christ nach der sinnstiftenden Relevanz des Glaubens an Gott (2). Mag dieser Glauben zunächst unserer Existenz Sinn verleihen, so wird er zugleich durch die Erfahrung sinnlosen Leidens in Frage gestellt (3). Abschließend befasse ich mich damit, wie man als gläubiger Christ mit der existentiellen Spannung von Sinn und Sinnlosigkeit umgehen kann – auch in der Corona-Krise (4), nämlich mit einer „Hoffnung wider alle Hoffnung“ (Röm 4,18), die zum Einsatz für das Machbare und zum Sich-Einlassen auf das Unverfügbare ermutigt.

3 Siehe Yalom, Existenzielle Psychotherapie.

1. Die Schmerzen der Krise und der sterbliche Mensch

Die Leiden an der Pandemie sind vielgestaltig, schließlich hat die Krise neben physischen auch psychische, soziale und existentielle, ökonomische und ökologische Auswirkungen. Natürlich weiß jeder, dem schon mal etwas wehgetan hat: mitunter haben Schmerzen ihr Gutes; denn sie signalisieren uns, dass etwas nicht in Ordnung ist, und sie motivieren uns, etwas zu verändern – Fehler zu korrigieren oder uns neu auf veränderte Situationen einzustellen. So ist man gut beraten, mit Zahnschmerzen zum Zahnarzt zu gehen, weniger Süßes zu essen und die Zahnpflege zu verbessern. Durch schmerzliche Prozesse hindurch entwickeln sich Menschen weiter, kommen Gesellschaften voran. Doch scheinen die Folgen der Corona-Krise vielen zu weh zu tun, als dass sie dadurch gerechtfertigt wären.

Ich möchte auf einen tiefer reichenden Sinngehalt des Schmerzes schauen: Krankheit und Leid führen uns unsere Verwundbarkeit vor Augen, und zwar eine Verwundbarkeit, die unausweichlich zu unserer Existenz als Menschen gehört. Wer ernsthaft erkrankt, wird schmerzhaft daran erinnert, dass er sterblich ist – und erinnert andere daran. Während wir im Alltag so leben, als ob wir unsterblich wären, holt uns das lebensgefährdende Virus wie jede schwere Krankheit auf den Boden der existentiellen Tatsachen zurück: die große Aufmerksamkeit für Sterberaten im Zusammenhang mit Covid-19 belegt das. Die Angst vor dem eigenen Sterben wie vor dem Tod Nahestehender dürfte ebenso wie die Angst davor, den Tod anderer zu verschulden, eine große Rolle bei der Akzeptanz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gespielt haben; umgekehrt wird vielerorts umso ungeduldiger auf Lockerungen gedrängt, je stärker die Todesgefahr gebannt scheint.

Ist es sinnvoll, sich den eigenen Tod bewusst zu machen? Schon die Bibel rät: „Lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, auf dass wir klug werden.“ (Ps 90,12) Für Irvin Yalom ist das Bewusstsein um die eigene Sterblichkeit von zentraler Bedeutung für das Selbstverständnis und Weltverhältnis des Menschen⁴. Eine oft nicht bewusste und bedachte Angst vor dem Tod, so seine These, spielt mehr in viele Lebenserfahrungen und -probleme hinein, als wir meinen. Krisen wie die Pandemie lenken unseren Blick darauf; das gefährliche Corona-Virus versperrt den Fluchtweg in Verdrängung und Vermeidung.

Zusammen mit dem Tod erörtert Yalom in seiner existentiellen Psychotherapie noch drei weitere Grundkonstanten menschlichen Daseins, die

4 Vgl. Yalom, In die Sonne schauen; Yalom, Existenzielle Psychotherapie, 45–95.

uns durch Krisen wie die gegenwärtige schmerzlich bewusst werden: Freiheit, Isolation und Sinnlosigkeit⁵. Diese vier Phänomene führen den Menschen in Spannungen, die es zu gestalten gelte.

So steht der Tod in Spannung zu unserer Sehnsucht nach Leben und Lebendigkeit, das drohende *Nicht-mehr-sein* in Spannung zu unserem Streben nach *Ganz-Sein* (Heidegger).

Mit „Freiheit“ meint Yalom das Fehlen einer Orientierung gebenden Struktur für unser Wollen und Handeln⁶. Frei von Vorgaben müsse und könne der Mensch aus sich heraus sein Leben verantworten, in Spannung zu seinem Wunsch nach einer bergenden guten Ordnung. In der gegenwärtigen Corona-Krise zeigt sich das etwa in der Unsicherheit, an welchen Werten Maßnahmen zur Eindämmung des Virus auszurichten seien: Was gilt es mehr zu schützen – die leibliche Gesundheit, das Leben als solches? Oder die freie Selbstbestimmung auf der Suche nach persönlicher Lebensqualität? Was zählt die Würde des Einzelnen, was bedeutet gesellschaftliche Solidarität?

Mit „Isolation“ bezeichnet Yalom das existentielle Alleinsein des Menschen in Spannung zu seinem Wunsch, Teil eines größeren Ganzen zu sein, mit anderen zu verschmelzen⁷. Nur radikale Akzeptanz einer letzten Einsamkeit befähige den Menschen, gute Gemeinschaft mit anderen zu suchen und zu erleben. In Zeiten von Corona kommt hier einem sofort die isolierende Wirkung des Virus und seine Bekämpfung durch Kontaktverbote in den Sinn, die bis hin zu einsamem Sterben – und Trauern – geführt haben.

Als vierte Grundgegebenheit des Lebens nennt Yalom die Sinnlosigkeit, d. h., das Fehlen eines umfassenden Sinnes für unser Dasein, das in Spannung steht zu unserer Ausrichtung auf Sinn und Bedeutung⁸. Yalom empfiehlt mit dieser Spannung zu leben, indem man die Frage nach *dem* Sinn im Großen fallenlässt und stattdessen durch praktisches Tun Sinn im Kleinen stiftet. Sich diesen Grundgegebenheiten zu stellen und konstruktiv mit ihnen umzugehen, mache die Größe des Menschen aus, so Yalom. Für ihn ist diese „Auseinandersetzung mit Gegebenheiten der menschlichen Existenz schmerzhaft, aber letztlich heilsam.“⁹

5 Vgl. Yalom, *Existenzielle Psychotherapie*, 20–22. Zusammen bilden sie die vier Grundgegebenheiten (*ultimate concerns*), um die herum Yalom seine Psychotherapie entwickelt.

6 Vgl. Yalom, *Existenzielle Psychotherapie*, 333–408.

7 Vgl. Yalom, *Existenzielle Psychotherapie*, 411–455, insbes. 455.

8 Vgl. Yalom, *Existenzielle Psychotherapie*, 485–558, insbes. 556f.

9 Yalom, *Existenzielle Psychotherapie*, 27.

Ein existentieller Sinn in der Corona-Krise könnte also darin bestehen, sich den unausweichlichen Gegebenheiten menschlicher Existenz zu stellen und sie kreativ und stimmig in ein Leben angesichts des Todes zu integrieren. Macht hierfür der Glaube an Gott einen Unterschied?

2. Menschliche Sinnsuche und göttliche Sinngebung

Irvin Yalom glaubt nicht an Gott; für ihn ist mit dem Tod alles vorbei¹⁰. Zeit seines Lebens könne der Mensch kreativ mit den existentiellen Spannungen leben, ohne sie vermessen auflösen zu wollen, aber auch ohne an ihnen verzweifeln zu müssen. Christen dagegen glauben an einen guten Gott, den Schöpfer, Begleiter und Vollender der Welt; und an ein „Leben in Fülle“ (vgl. Joh 10,10), mit Überwindung der beschriebenen vierfachen Spannung menschlicher Existenz, auf die uns Krankheiten und Krisen stoßen:

Wer an die Auferstehung Jesu glaubt, lebt von der Hoffnung, dass unser Leben nicht durch den Tod in ein Nichts hinein beendet, sondern von Gott endgültig bewahrt und vollendet wird. Auch für Christen gehört wie bei Yalom die Freiheit zum Wesen des Menschen; nur ist der Mensch als Ebenbild Gottes dazu berufen, sich frei auf ihm angemessene Weise in eine gute Schöpfungsordnung einzubringen, eine Ordnung der Liebe. Es geht um ein Miteinander und Füreinander, das uns zu Menschen macht; denn wir werden erst am Du zum Ich (Buber). Der Glaube daran, dass die Welt nicht durch Zufall entstanden ist, sondern aus Liebe und für „das Spiel der Liebe“ geschaffen wurde, gibt dem Leben einen Sinn, für den es sich zu leben und auch zu sterben lohnt. Darum reicht Jesu Hauptgebot der dreifachen Liebe als Lebensmaxime aus: „Liebe Gott und liebe Deinen Nächsten wie dich [bzw. und dich] selbst.“

Leid, Schmerz und Tod lassen den Menschen spüren, dass die Welt seine Sehnsucht nach bleibender Liebe nicht stillen kann, sondern dass er vielmehr darauf angewiesen ist, eine Erfüllung von woanders her zu erhoffen. Existentielle Krisen stellen uns neu vor die Entscheidung, ob wir weiterhin „an die Liebe glauben“ wollen (bzw. können?). Zu den Tücken des Schmerzes gehört jedoch unter anderem, dass er das Gefühl der Verbundenheit mit anderen, mit anderem attackiert: wer krank ist, kreist stark um sich und sein Kranksein. Diese Fixierung auf die eigene bedrohliche Situation ist auch in Zeiten von Corona zu beobachten – das gilt für Einzelne

10 Vgl. z. B. Yalom, *In die Sonne schauen*, 193f.

wie für Gruppen bis hin zu gesellschaftlichen Milieus oder Nationen. Welche Größe zeigen dagegen Menschen, die trotz ihres Leidens sich nicht auf sich selbst konzentrieren, sondern sich auf andere einlassen, an der Liebe festhalten – und an einer Hoffnung jenseits ihrer Möglichkeiten, trotz allem.

3. Sinn durch Gott und die Frage nach dem Warum des Widersinns

Der Glaube an Gott enthält eine Hoffnung für die existentielle Sehnsucht des Menschen nach Leben angesichts des Todes, nach Heimat und Ordnung, nach Teilhabe und Liebe, nach umfassendem Sinn; so weit, so gut. Doch warum all das schmerzende Leid?

So fragen Gläubige und Skeptiker auch in Zeiten von Corona, wie schlimme Übel zu einem guten Gott passen. Und wenn wir sie auch hier nicht lösen können, so lassen sich immerhin unangemessene Antworten als unter unserer – und Gottes – Würde ausschließen. Einige Erklärungen, die mit Gott operieren, gehen darüber hinweg, wie übel manches Leid ist:

Ein erster religiöser Erklärungsversuch für die Pandemie lautet: „Gott hat das Corona-Virus geschickt!“ Wer das behauptet, sieht im Virus vielleicht Gottes Strafe für menschliche Sünden – begangen an Gott, an den Mitmenschen, an der Natur. Ich hoffe, ich muss hier nicht näher ausführen, wie sehr diese Vorstellung von Gott und seiner Liebe (?) die vielen schuldlosen Opfer der Pandemie zusätzlich in ihrer Würde verletzt, zumal auch diese Naturkatastrophe wie viele vor ihr insbesondere Arme und Schwache trifft! Es gibt aber auch noch andere Wege, das Leiden am Virus als gottgewollt zu interpretieren: Vielleicht will Gott damit unsere Menschlichkeit prüfen? Oder gibt er uns das Virus als eine Aufgabe, an der wir wachsen und uns weiter entwickeln sollen? Gegen solche religiöse Sinnsuche ist festzuhalten: Für die Annahme, ein guter Gott könne es gut heißen, ist das virusbedingte Leid zu schrecklich. Ich habe viel Respekt davor, wenn Leidende – meist im Nachhinein – ihr Leiden für sich als sinnvoll deuten („Gut, dass es so gekommen ist!“); doch das darf man nicht anderen vorschreiben! Es muss möglich bleiben, widerfahrenes Leid als sinnloses Übel abzulehnen.

Die leidvollen Auswirkungen des Virus sind nicht gut, sondern von Übel. Wenn Gott gut ist, kann er nicht wollen, was nicht gut ist. Und was er nicht will, das tut er auch nicht. Also will Gott das Übel der Pandemie nicht, und er bewirkt es auch nicht. Er ist allmächtig und allwissend, aber nicht allwirksam. Schon die Bibel erzählt viele schlimme Dinge, die gegen

Gottes Willen auf der Erde passieren. Zugleich beschreibt sie die Welt als Gottes gute Schöpfung. Wie geht das zusammen?

Eine erste gedankliche Annäherung: Das Übel hat keine eigenständige „Seinsqualität“, sondern ist vielmehr ein – schmerzlicher – Mangel an Gutem, ist dessen Pervertierung – so wie Krebs einen (guten) Organismus befällt, mit seinem Wuchern als entartetem Wachstum. So ist Gott zwar nicht der Schöpfer des Übels, doch muss er sich fragen lassen, wozu er den realen Mangel an Gutem, der so viel Leid mit sich bringt, zulässt.

Schließlich folgt aus der Allmacht logisch, dass Gott das Virus verhindern oder vernichten könnte. Müsste man nicht beseitigen, was man nicht will, wenn man die Macht dazu hat? Eigentlich schon – es sei denn, man hätte hinreichend gute Gründe, etwas zuzulassen bzw. in Kauf zu nehmen, obwohl man es nicht will (so wie z. B. Eltern aus pädagogischen Gründen Dinge bei ihren Kindern laufen lassen, die sie missbilligen und beseitigen könnten – doch das kann auch in Verantwortungslosigkeit umschlagen ...).

Eine Antwort auf die Frage nach diesen Gründen darf in Anbetracht der Leidenden nicht das Übel rechtfertigen, sondern allein dessen Zulassung. Der bislang beste Vorschlag für den gesuchten Wert ist für mich die Freiheit des Menschen¹¹; weil ich jedoch nicht sehen kann, dass Gott dafür Naturkatastrophen wie die Corona-Pandemie in Kauf nehmen muss¹², räume ich ein: Ich habe keine positive Antwort auf die Frage, wozu Gott Übel zulässt! Es kann und muss eine Lösung geben, aber ob wir sie unter irdischen Bedingungen finden oder bekommen, ist angesichts jahrhundertelanger erfolgloser Suche fraglich.

Ohne Antwort bleibt der Glaube an Gott angesichts sinnlosen Leidens erschütterbar. Auch von Jesus ist ein Verzweiflungsruf am Kreuz überliefert: „Mein Gott, mein Gott, warum hast Du mich verlassen!“ (Mk 15,34)¹³ Im Anschluss an so eine Erfahrung hat der Mensch mehrere Möglichkeiten (doch stehen sie wohl nicht einfach zur freien Auswahl): den Glauben an Gott enttäuscht aufgeben, Gott flehentlich anrufen oder sich ihm im Letzten anvertrauen¹⁴; natürlich gibt es in der Realität Zwischen- und auch Mischformen.

11 Vgl. z. B. Kreiner, Gott im Leid, insbes. 321–391.

12 Für eine Kritik an der so genannten *Free Will Defense* siehe Splett, Freiheit zum Guten ohne Freiheit zum Bösen – undenkbar?

13 Das Ausrufungszeichen erscheint mir angemessener – Jesus fragt nicht, er klagt.

14 Vgl. dazu ein anderes Wort Jesu am Kreuz: „Vater, in Deine Hände empfehle ich meinen Geist.“ (Lk 23,46).

Doch ist das Festhalten am Glauben an Gott ohne Erklärung für sinnloses Leiden nicht töricht? – Gegenfrage: Lässt sich das Übel in der Welt ohne Gott wirklich einfacher erklären? Dazu hier nur ein Gedanke¹⁵: Wenn der Protest von Leidenden gegen ihr unschuldiges sinnloses Leiden sinnvoll sein soll, dann setzt dies die Idee einer guten sinnvollen Ordnung voraus, auf die sich der Protestierende berufen kann. In einer zufällig entstandenen Natur ist alles gleich-gültig, Tsunamis wie Viren machen keine Unterschiede. Mit welchem Recht also dürften wir fordern, dass es gerecht und sinnvoll zugehen müsse? Und zugleich macht genau dies die Würde von Opfern aus: gegen Unrecht und Sinnlosigkeit zu protestieren und darauf hinzuweisen, es sollte anders sein! Doch das Fehlen von Sinn kann eigentlich nicht sinnvoll beklagt werden ohne die reale Möglichkeit einer sinnvollen Ordnung – und die braucht einen Sinnstifter, der nicht nur als ursprünglicher Schöpfer, sondern auch als bleibender Garant von Sinn zu denken ist: Gott. Wer Unrecht anprangert, setzt auf Gerechtigkeit. Die Klage gegen Widersinn setzt Sinn voraus. Der Glaube an Gott beantwortet nicht die Frage nach dem Woher und Wozu des Übels, doch bietet er einen Rahmen, in dem sie sinnvoll gestellt werden kann. Und er bietet die Aussicht auf Antwort. Das rechtfertigt nicht den Schmerz des Leides, der durch das Ausbleiben einer Antwort sogar noch gesteigert wird. Doch Gott bleibt im Spiel, als Angeklagter – und zugleich als Grund für die Hoffnung, dass einmal alles gut wird, dass Gott „alle Tränen abwischen wird“. (Offb 21,4)

4. Die Bedeutung eines Halts in Gott für Haltung und Verhalten in (Sinn-)Krisen

Krankheiten und Krisen stoßen uns auf Grundfragen des Lebens, der Glaube bietet Sinnperspektiven, zugleich stellt sinnwidriges Leiden diesen Glauben in Frage – wobei sinnvolles Aufbegehren auf der Annahme von Ordnung statt Chaos bzw. von Sinn statt Gleichgültigkeit beruht. Auf diesem Hintergrund seien einige Konsequenzen für einen gläubigen Umgang mit der Corona-Krise skizziert.

Der Glaube an die Überlegenheit von Leben und Liebe über den Tod befreit dazu, Sterben und Tod in den Blick zu nehmen und anderen beizustehen, die davon betroffen sind. Der Glaube an eine gute Ordnung ermu-

15 Wichtige Impulse dazu verdanke ich meinem Vater Jörg Splett, u.a. in Splett, Denken vor Gott, 207–255.

tigt zum persönlichen wie solidarischen Kampf gegen Not und Leid. Die Hoffnung auf Gott erleichtert mitunter (beileibe nicht immer) auszuhalten, was unsere Macht übersteigt; sie kann erleichtern, Sinnwidrigem zu begegnen, mit „Widerstand und Ergebung“ (Bonhoeffer) – denn statt eines abstrakten Schicksals hat der Glaubende ein konkretes Gegenüber für sein Bitten und Klagen, aber auch für Lob und Dank: Gott. In Situationen von Verzweiflung und Einsamkeit dürfen Gläubige darauf bauen, niemals alleine zu sein, weil Gott immer da ist; wenn wir vieles nicht verstehen, dann ist da wenigstens einer, der alles versteht...

Wer an Gott glaubt, weiß nicht besser Bescheid, wie gegen das Virus vorzugehen ist. Mit Gott hat man es nicht unbedingt leichter in Krisen, doch man hat eine Stärke: „Denn Gott hat uns nicht einen Geist der Verzagtheit gegeben, sondern den Geist der Kraft, der Liebe und der Besonnenheit.“ (2 Tim 1,7) Auch Gläubige stehen in der existentiellen Spannung von Leben und Tod, von Sinn und Sinnlosigkeit, von Ordnung und Freiheit, von Verbundenheit und Alleinsein. Ohne das Dunkle zu verneinen oder zu verdrängen, bleiben sie für das Helle empfänglich. Zum Glauben gehört die Hoffnung, dass Leben, Liebe und Sinn das letzte Wort haben werden und nicht Tod, Lieb- und Sinnlosigkeit. Und das ist nicht nur eine Perspektive für irgendwann – und sei es in einem Jenseits –, sondern das kann uns hier und jetzt schon froh und auch gelassen machen (auch wenn uns nicht immer fröhlich zumute ist). Darum bleibt gerade in Krisenzeiten die Freude als eine christliche Grundhaltung dem Leben gegenüber wichtig. Es gibt neben dem Leidvollen auch viel Gutes, über das wir uns freuen dürfen; und diese Freude sollten wir auch teilen.

Was also tun in Krisenzeiten wie diesen? Christen sei das benediktinische „Bete und arbeite“ ans Herz gelegt, und das mit Martin Luther: „Bete, als ob alles Arbeiten nichts nützt; und arbeite, als ob alles Beten nichts nützt.“ Dazu abschließend ein bekanntes Gebet von Reinhold Niebuhr:

*„Gott, gib mir den Mut zu ändern, was ich ändern kann;
die Gelassenheit hinzunehmen, was ich nicht ändern kann;
und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.“*

Literatur

- Frankl, Viktor: Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Zur Rehumanisierung der Psychotherapie, Freiburg: Herder 1978.
- Kreiner, Armin: Gott im Leid. Zur Stichhaltigkeit der Theodizee-Argumente, Freiburg: Herder 1997.
- Splett, Jörg: Gotteserfahrung im Denken. Zur philosophischen Rechtfertigung des Redens von Gott, München: Alber ⁴1995.
- Splett, Martin: Freiheit zum Guten ohne Freiheit zum Bösen – undenkbar? Weshalb die menschliche Willensfreiheit nicht das Theodizeeproblem löst, in: Ethik und Sozialwissenschaften 12 (2001) 205–207.
- Yalom, Irvin: Existenzielle Psychotherapie, Bergisch-Gladbach: EHP-Verlag ⁵2010.
- Yalom, Irvin: In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet, München: btb Verlag ¹¹2010.

Gottesdienst und rituelles Handeln in der Pandemie-Krise. Erste Sichtungen aus einer liturgiewissenschaftlichen Perspektive

Stephan Winter

Einleitung

Die Pandemie-Krise war und ist nach wie vor auch eine extreme Herausforderung im Blick auf religiös-rituelle Praxen bzw. öffentliches rituelles Handeln überhaupt. Zudem haben sich diesbezüglich theologische, soziologische, geschichts- und kulturwissenschaftliche sowie juristische Diskurse zu unterschiedlichen Themenfeldern entwickelt. Die enormen Dynamiken auf verschiedenen Ebenen, die damit nur anfänglich benannt sein sollen, lassen es derzeit noch nicht zu, sie übersichtlich darzustellen. Angesichts dessen wird deren Geschichte seriös erst zu einem späteren Zeitpunkt geschrieben werden können. Dennoch sind erste Sichtungen und Einordnungsversuche möglich, die hier aus einer liturgiewissenschaftlichen Perspektive vorgenommen werden.

1. Das prekäre Verhältnis von Social Distancing und Distant Socializing als „Zeichen der Zeit“ einer Welt im Pandemie-Modus

Die Corona-Pandemie hat in ungeahntem Maße bislang wenig präsen- te Fragen nach der Zukunft der Menschheit katalysiert, umgekehrt hat sie Fragen, die noch bis vor Kurzem als die drängendsten empfunden worden waren (genannt seien nur Stichworte wie „Klimakatastrophe“, „Flucht- und Migrationsbewegungen“, „innerstaatliche und zwischenstaatliche Konflikte, z. B. im Nahen und Mittleren Osten“ usw.), erst einmal medial in den Hintergrund treten lassen. Mittlerweile werden allerdings auch die komplexen Zusammenhänge immer mehr thematisiert. Der Berliner Soziologe Steffen Mau schrieb dazu in seiner Situationsanalyse, dass in der Krise ein verändertes Verhältnis zueinander schlummere: „Allem ‚Social Distancing‘ zum Trotz mag es sein, dass wir einander näher rücken, wobei wir das ‚Distant Socializing‘ erst noch einüben müssen.“ Die Krise sei ein „gesellschaftlicher Erfahrungsschock, der uns vor Augen führt, wie ver-

wundbar und zugleich wie abhängig wir voneinander sind. Nun spürt jeder und jede, wie das eigene Schicksal mit dem aller zusammenwirkt.“¹ Mau arbeitet mit Verweis auf entsprechende Entwicklungen etwa im Gefolge der Industriellen Revolution oder des Zweiten Weltkriegs die These heraus, dass eine kollektive Risikoerfahrung die Einsicht in „soziale Verwobenheit, das Aufeinander-angewiesen-Sein“ als Grundlage menschlichen Daseins generieren bzw. verstärken könne:

Aus der doppelten Verbindung zueinander – als Personen, die abhängige Teile eines großen Ganzen sind, und als Personen, deren Handlungen auf das Ganze zurückwirken – kann ein Gefühl von Wechselseitigkeit entstehen. Trotz aller Ansprüche auf Autonomie kann der oder die Einzelne diesem Zusammenhang kaum entfliehen.²

Und schließlich verweist Mau auf Émile Durkheim als einen der Gründerväter der Soziologie, der bereits schlüssig dargelegt habe, dass arbeitsteilige Gesellschaften mit individualisierter Kultur notwendig ein Interdependenzbewusstsein bräuchten, um Solidarität gestalten zu können, bei Durkheim *organische Solidarität* genannt, die die *Verbindungskraft*³ zwischen eigentlich Unterschiedlichen stifte:

In dieser Krise sind alle geradezu gezwungen, sich in einer Gemeinschaft zu verorten, deren Normalität prekär geworden ist. Gerade deshalb sind wir dazu aufgefordert, dem Zusammenleben eine Bestimmung und eine Form zu geben, es neu auszubuchstabieren. Klug sind jene Gesellschaften, die mit Innovationen reagieren, also der Fähigkeit, außerhalb von Routinen institutionelle Lösungen für neue Probleme zu entwickeln. Diese Lernprozesse zu organisieren, wird wohl etwas, das uns noch lange beschäftigen wird.⁴

Die Einübung in ein *Distant Socializing* angesichts eines massiven *Social Distancing* – das ist auch für die Religionsgemeinschaften eine zentrale He-

1 Mau, *Neue Nähe*, 5. Ein grundsätzlicher Hinweis: Der vorliegende Text wurde bereits Anfang Mai 2020 in den Grundzügen abgeschlossen; bei Erscheinen dürften die thematisierten Zusammenhänge sich angesichts der nach wie vor im Gang befindlichen einschlägigen Dynamiken schon wieder weiterentwickelt haben, bzw. konnten z. B. neuere Phänomene wie die Diskussionen um angemessene gottesdienstliche Formen nach ersten Schritten zur Lockerung des *Shutdowns* hier nicht mehr berücksichtigt werden.

2 Mau, *Neue Nähe*, 5.

3 Siehe dazu Durkheim, *Division*.

4 Mau, *Neue Nähe*, 5.

rausforderung, nicht nur, aber auch im Blick auf ihre rituellen Praxen: Ihre Gottesdienste sind auf Versammlungen angelegt. Die Situation wurde in den ersten Wochen des Shutdowns dadurch noch extrem verkompliziert, dass die massiven Einschränkungen der Versammlungsfreiheit und der öffentlichen Religionsausübung gerade in einer Phase notwendig geworden waren, in der die großen monotheistischen Weltreligionen sich in besonders geprägten Zeiten befanden bzw. auf solche Zeiten und hohe Feste zusteuerten (Passah-Fest, Ostern, Ramadan) – Zeiten und Feste, die für ihre jeweiligen Identitäten grundlegend sind. „Religion als kollektives, auf symbolische Kommunikation angelegtes und sich in gemeinsamen Körperpraktiken materialisierendes Sinnsystem“ wurde hinsichtlich ihrer öffentlichen Realisierungsmöglichkeiten massiv beschnitten: „[D]as ‚Social Distancing‘ als anscheinend unhintergehbare Imperativ der Coronapandemie macht vor keiner Religion halt.“⁵ – Das heißt: Religionen, die von ihrem Selbstverständnis her zumindest auch auf gemeinschaftlich ausgeübte rituelle Praxen ausgerichtet sind, müssen einen Weg finden, mit dem aus Gründen des Gesundheitsschutzes notwendigen *Social Distancing* adäquat umzugehen. Der tschechische Theologe und Soziologe Tomáš Halík sieht darin aber darüber hinaus auch ein Zeichen der Zeit im biblischen Sinne.⁶ Es gehe um die Neuorganisation und Umgestaltung religiöser Praxen unter den äußerst herausfordernden Rahmenbedingungen einer Pandemie. Doch neben unmittelbar notwendigen Maßnahmen, die dem Gesundheitsschutz und teilweise einfach dem Überleben der Menschen dienen sollen, sieht Halík die Aufgabe, „auch die tieferen Zusammenhänge dieser Erschütterung“ unserer Sicherheiten in den Blick zu nehmen, die er u. a. in der „globale[n] Verwundbarkeit der globalisierten Welt“ lokalisiert: „Welche Herausforderung stellt diese Situation für das Christentum, für die Kirche – also einen der ersten ‚Global Player‘ – und für die Theologie dar?“⁷ Als Leitmetapher für die entsprechenden Suchprozesse bietet sich aus Halíks Sicht das von Papst Franziskus seit Längerem verwendete Bild von der Kirche als Feldlazarett in diesen Tagen besonders an: Kirche als Einrichtung, die Gesundheits-, soziale und karitative Dienste anzubieten hat. Darüber hinaus muss sie Diagnosen stellen, also „die Zeichen der Zeit“ zu erkennen suchen, und sie muss aus ihren Erkenntnissen heraus Präventionsarbeit leisten, Letzteres etwa, indem sie „Gesellschaften, in de-

5 Deckers, Religiös schmerzfreie Gesellschaft. Dass Religionen ganz aus der Öffentlichkeit verschwunden seien, wie Deckers schreibt, kann angesichts der Vielfalt der Erscheinungsformen ritueller Praxen freilich nicht behauptet werden.

6 Vgl. Gaudium et spes 4 in Verbindung mit Lk 12,54 ff.

7 Halík, Christentum.

nen sich die bösartigen Viren der Angst, des Hasses, des Populismus und des Nationalismus verbreiten, zu immunisieren“ hilft. Hier lässt sich ergänzen, dass es speziell von der Pandemie-Situation her betrachtet noch genauer zu analysieren gilt, welche Gesellschaften mit dieser Bedrohung wie zurechtkommen und was das mit ihrem jeweiligen politischen System u. Ä. zu tun hat; erst dann ließe sich wohl genauer darüber nachdenken, welche Rolle Kirchen bzw. Religionsgemeinschaften in diesen Zusammenhängen spielen müssten. Und schließlich: Die Kirche soll gemäß diesem Bild Rekonvaleszenz ermöglichen, indem sie anstrebt, „durch die Vergebung die Traumata der Vergangenheit aufzulösen“⁸. Auch hier bleibt Halík eher allgemein. Vielleicht ließe sich dieser Gedanke speziell von der aktuellen Situation her so konkretisieren, dass es auf Dauer notwendig sein wird, Menschen mit ihren vielfältigen belastenden und mit existentiellen Nöten verbundenen Erfahrungen sowie bei der Aufarbeitung von Verantwortung intensiv zu begleiten.

Im Weiteren konkretisiert Halík die Aufgabe, diagnostisch tätig zu werden, so, dass er die leeren und geschlossenen Kirchengebäude als „Zeichen Gottes und eine[n] Aufruf“ identifiziert: Dieses Zeichen rufe zur geistigen Unterscheidung auf, die wiederum „eine kontemplative Distanz zu unseren erregten Emotionen und Vorurteilen, zu den Projektionen unserer Ängste und Wünsche voraus[setzt]“⁹. Eine solche Herangehensweise entlarvt für Halík zuallererst diejenigen, die die Angst der Menschen ausnutzen, um ihr Bild von einem rachsüchtigen Gott zu propagieren. Aus der biblisch begründeten Spiritualität heraus hingegen zeige sich in dieser wie in allen Zeiten je spezifisch Gott als eine „Kraftquelle [...], die in denen wirkt, die in solchen Situationen eine solidarische und aufopfernde Liebe erweisen – ja auch in denen, die dazu keine ‚religiöse Motivation‘ haben. Gott ist eine demütige und diskrete Liebe.“¹⁰ Aus diesen Formulierungen lässt sich meines Erachtens der Auftrag als dringlich einstufen, aufgrund der Pandemie nochmals verstärkt Auseinandersetzungen über Gottesbilder und deren Handlungsrelevanz zu führen. Halík selbst stellt aus einem tiefen *sentire cum ecclesia*¹¹ heraus dann noch die Frage in den Raum, ob die jetzt erzwungenermaßen leeren, teilweise geschlossenen Kirchen nicht „einen warnenden Blick durch das Fernrohr in eine verhältnismäßig nahe Zukunft“¹² darstellen, eine Zukunft, in der gottesdienstliche Versamm-

8 Halík, Christentum.

9 Halík, Christentum.

10 Halík, Christentum.

11 Siehe dazu auch Kehl, Mit der Kirche fühlen.

12 Halík, Christentum.

lung von kaum jemandem mehr vermisst werden wird. Er fordert auf, angesichts dieser Frage erst einmal innezuhalten, sie wirklich an sich heranzulassen, um die eigenen Anteile an dieser Entwicklung wahrzunehmen, „zur Kenntnis [zu] nehmen, dass ein weiteres Kapitel der Geschichte des Christentums zu Ende geht, und es daher notwendig ist, sich auf das nächste vorzubereiten“:

Vielleicht zeigt diese Zeit der leeren Kirchen den Kirchen symbolisch ihre verborgene Leere und eine mögliche Zukunft auf, die eintreten könnte, wenn die Kirchen nicht ernsthaft versuchen, der Welt eine ganz andere Gestalt des Christentums zu präsentieren.¹³

Insgesamt wird hier die Vorstellung von einer Kirche umrissen, die angesichts der komplexen Lebenswirklichkeiten mit allen, die sich in einer Grundhaltung liebender Solidarität verbunden wissen, auf der Suche bleibt nach Gott als innerstem, abgründigen Geheimnis des Daseins. Zeichnen sich in der jetzigen Lage vielleicht auch Konturen dieser „ganz andere[n] Gestalt des Christentums“¹⁴, von der Halik spricht, im Bereich rituell-gottesdienstlicher Praxis ab?

2. Gottesdienst in der Pandemie als analog und virtuell geknüpftes Netzwerk – Chancen und Grenzen

Noch einmal: Die Kirchen wie alle Religionen befinden sich aktuell noch in vielfältigen Suchbewegungen im Blick auf Umformatierungen ihres rituell-gottesdienstlichen Lebens. Differenzierte Analysen beginnen gerade erst. Mindestens drei Themenkomplexe rücken dabei schon jetzt ins Zentrum der Aufmerksamkeit, wobei diese Komplexe zu unterscheiden nicht bedeutet, dass sie faktisch völlig zu trennen wären:

Erstens sind – zunächst durchaus unter Berücksichtigung jeweiliger Traditionen, institutioneller Vorgaben, Theologien der Religionen usw. – das Verhältnis verschiedener rituell geprägter Vergemeinschaftungsformen sowie deren Wechselwirkungen mit individuellen spirituellen Praxen stark in Bewegung gekommen und insofern neu zu reflektieren und gegebenenfalls nachzujustieren. Das gilt selbstverständlich auch für das Christentum in seinen unterschiedlichen Ausprägungen. Ein Teilbereich dieses Themenclusters wird markiert durch Fragen danach, wer in welchen rituellen

13 Halik, Christentum.

14 Halik, Christentum.

Kollektiven welche Rolle(n) einnimmt, mit welcher Autorität dies geschieht, welche Wirkungen dem Handeln einzelner Akteur*innen zugeschrieben werden usw. Besondere Aufmerksamkeit verdienen auch solche rituellen Vollzüge, in denen sich angesichts der Pandemie-Krise Akteur*innen über Religions- bzw. Weltanschauungsgrenzen hinaus vernetzt haben bzw. vernetzen.¹⁵ Hier sind nicht zuletzt auch rituelle Vollzüge, die säkulareren Charakter haben, mit einzubeziehen, bzw. wäre auch danach zu fragen, inwiefern religiöse Vollzüge ritendiakonisch weit über das engere Umfeld der entsprechenden Institutionen hinaus (auch aufgrund der medialen Vermittlung; siehe weiter unten) wirksam werden.

Zweitens ist ein wichtiger, bislang noch gar nicht wirklich strukturiert wahrnehmbarer Themenkomplex, wie sich noch einigermaßen gut – gegebenenfalls auch mittels Einsatzes moderner Kommunikationsmedien – organisierbare Zusammenkünfte zu solchen Praxen verhalten, die sich auf Einzelne bzw. deren engstes Umfeld beziehen. Dabei ging und geht es v. a. um schwerste körperliche und/oder seelische Bedrängnis, um Sterben und Tod: Wie soll es möglich bleiben, angemessene Sterbebegleitung zu gewährleisten, die Bestattungen technisch gut zu organisieren und v. a. würdig zu gestalten und zum Trost für die Trauernden werden zu lassen? Gerade für Situationen des Abschieds und der Trauer sind direkte, ganzheitliche Erfahrungen von Gemeinschaft und Kommunikation von Angesicht zu Angesicht entscheidend. Das oben erwähnte Bild von Papst Franziskus von der Kirche als Feldlazarett (das sich sicherlich analog auch auf andere Religionsgemeinschaften anwenden ließe) ruft darüber hinaus mahnend in Erinnerung, dass die Armen und Ärmsten ebenso wenig aus dem Blick geraten dürfen wie die Sterbenden, die Toten und die Trauernden sowie diejenigen, denen aktuell bei der Aufrechterhaltung von Versorgungsleistungen, aber vor allem auch in Medizin und Pflege Enormes abverlangt wird. Teilweise müssen sie gar noch zusätzlich Aufgaben übernehmen, die ansonsten professionell Seelsorgenden obliegen. Das unbedingt notwendige Engagement für Gebet und Gottesdienst darf außerdem nicht dazu führen, den diakonischen Teil kirchlicher Tätigkeiten hintanzustellen.

Drittens schließlich schält sich das Verhältnis von Virtualität und physischer Präsenz in rituellen Handlungskontexten als ein überwölbender Themenkomplex heraus, dessen Bearbeitung äußerst dringlich erscheint – zumal für Kirchen, die sich als wesentlich sakramental verfasst begreifen. „Religiöse Praxis“, so brachte es Alexander Deeg vor einigen Wochen auf den Punkt, „verlagert sich derzeit aus den Sakralräumen in die eigenen

15 Vgl. Made for Minds, Globale Gebete.

vier Wände – und wird dort vielfach mit Hilfe des Internets am Laufen gehalten.“¹⁶ Deeg spricht von einer „Home-Religion“, die mit einer immensen Steigerungsrate entsprechender Vollzüge im digitalen Raum einhergeht. Tatsächlich wurde schon enorme Kreativität aufgewendet, um mittels unterschiedlichster Angebote und Formate, z.B. YouTube-Videos, Live-Streams, Audio-Podcasts, Chat-Rooms u. Ä., Gottesdienst- und Gebetsnetzwerke zu knüpfen sowie Seelsorge zu ermöglichen¹⁷ – und das keineswegs nur in christlichen Zusammenhängen. Auch z. B. jüdische und Moscheegemeinden haben aufgrund der Unmöglichkeit, sich wie üblich zu Gebet und Gottesdienst zu versammeln, ein entsprechendes Repertoire entwickelt.¹⁸ Vorbehaltlich einer genaueren Reflexion auf diese Phänomene lässt sich *einerseits* mit Deeg formulieren:

All diese Angebote bieten eine große Chance: Sie ermöglichen einen niederschweligen Zugang für Interessierte. Jede und jeder kann via Internet sehen, was verschiedene Religionen und Konfessionen derzeit sagen und anbieten. Gleichzeitig werden viele aktiv, die bislang in den kirchlichen Kontexten mit ihren Erfahrungen weniger zum Zug kamen – vor allem junge Menschen und all die sogenannten ‚Laien‘. Aber viele neue Formate zeigen auch, dass es theoretisch und praktisch noch einiges zu entwickeln gibt.¹⁹

Insofern handelt es sich *andererseits* ebenso um ein „Experiment mit offenem Ausgang“²⁰, so Isolde Karle. Auch sie nimmt die Chancen dieser vermehrten Aktivierung digitalisierter, religiöser Kommunikationsformen wahr, gibt aber zu bedenken, dass die Folgen des kirchlichen Shutdowns keinesfalls schönzureden oder zu verharmlosen seien: An Karfreitag und

16 Huster, Kreativität.

17 Vgl. auch Gerhards et al., Virtualität und Realität.

18 Vgl. u. a. die „Bekanntgabe des Z[entralrats der]M[uslimen in]D[eu]tschland]: Freitagsgebet wegen Coronavirus aussetzen“, unter: <http://www.zentralrat.de/32058.php> [05.04.2020]. Das einschlägige Informationsschreiben des Präsidenten des Zentralrats der Juden in Deutschland, Dr. Josef Schuster, findet sich unter: <https://www.zentralratderjuden.de/aktuelle-meldung/artikel/news/corona-virus-co-vid-19/> [05.04.2020]. Spannend auch, welche digitalen Angebote der Zentralrat der Juden in Deutschland bzw. der ZMD zusammengestellt haben. Vgl. dazu: <https://www.zentralratderjuden.de/aktuelle-meldung/artikel/news/religioese-onlin-e-angebote/> bzw. <http://islam.de/32075> [05.04.2020].

19 Huster, Kreativität. Deeg selbst sieht deutlich die Grenzen digitaler Formate. Etwa im Blick auf die Feier des Abendmahls hält er die leibliche Kopräsenz der Beteiligten für unbedingt geboten.

20 Karle, Experiment.

Ostern keine analogen gottesdienstlichen Versammlungen abhalten zu dürfen, treffe die Kirchen „ins Herz“:

Es fehlt die direkte Begegnung, die Atmosphäre eines Kirchenraums, die Feier des Abendmahls und die [physisch-]reale Gemeinschaft mit anderen – und dies an Ostern, dem Tag der Auferstehung und Hoffnung. [...] Traditionen, für die die Kirche bislang immer stand, dürfen nicht mehr praktiziert werden und verlieren an Plausibilität. Das Ritu-
elle, das, was sich zuverlässig wiederholt und Gültigkeit hat, wird außer Kraft gesetzt [...]. Die mediale Kirche kann eine Gemeinschaft mit physisch kopräsenten Interaktionspartnern nicht ersetzen, die digitale Seelsorge auch nicht eine Seelsorge, bei der man der anderen Person in die Augen schauen, ihre Hand halten oder ein Segensritual durchführen kann.²¹

Fragen, die im Blick auf Digitalisierung ritueller Vollzüge schon seit Längerem in der Liturgiewissenschaft zur Bearbeitung anstehen, werden dadurch unwiderruflich auf der Agenda nach vorne gebracht. Und noch einmal: Immer mit zu bedenken ist, was im Zusammenhang des zweiten Themenkomplexes angedeutet wurde: In vielen (Extrem-)Situationen und für einige Zielgruppen, wie etwa die älteren und/oder pflegebedürftigen Menschen, ist eine vermehrt digitale religiöse Kommunikation nicht oder nur sehr eingeschränkt hilfreich. Bestenfalls können hier Printprodukte und Telefongespräche unterstützen.

Conclusio und Ausblick

Angesichts der hohen Komplexität der derzeit laufenden Suchbewegungen und Diskursverläufe ist, wie eingangs betont, deren Geschichte erst noch zu schreiben. Insofern konnte hier nur eine skizzenhafte Sondierung einiger Phänomene geleistet werden. Nur noch hingewiesen sei am Schluss auf verschiedene weitere Desiderate: Sicherlich müssen die aktuellen Praxen wie deren Reflexion auch im historischen Längsschnitt mit dem rituellen Handeln bei früheren Pandemien wie etwa in der Pestzeit oder während der Spanischen Grippe in Beziehung gesetzt werden. Hier sollten auch Fragestellungen wie die nach dem Zusammenhang der Entwicklung moderner Gesellschaften und des Gesundheitsschutzes²² einbezogen wer-

21 Karle, Experiment.

22 Vgl. u. a. Ewert, Corona und Seuchen; Richter, Hilfe zur Selbsthilfe.

den. Und zudem deuten allererste Reflexionen, die angesichts von Vorgaben nach einer ersten Lockerung der Einschränkungen für öffentliche Gottesdienste diskutiert werden, darauf hin, dass sich womöglich interessante Fragen nach dem Verhältnis von Hygiene und religionsgeschichtlich prägenden Formen kultischer Reinheit stellen.²³

Diese Richtungsanzeigen sollten genügen, um zumindest eines festhalten zu können: Liturgiewissenschaftlich wird einiges zu tun sein, um in interdisziplinärer Vernetzung rituell-gottesdienstliches Handeln im Pandemie-Modus einigermaßen angemessen reflektieren zu können.

23 Vgl. zu diesem und zu vielen anderen der hier angesprochenen Themen Bukovec, Corona-Virus.

Literatur

- Bukovec, Predrag: Corona-Virus als liturgischer V-Effekt, in:
https://www.liturgie.at/dl/pKsoJKJKkOmmLJqx4KJK/Bukovec_online.pdf
[04.06.2020].
- Deckers, Daniel: Die religiös schmerzfreie Gesellschaft, in:
<https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/kommentar-zu-corona-und-den-kirchen-die-religioes-schmerzfreie-gesellschaft-16720300.html> [15.04.2020].
- Durkheim, Émile: *De la Division du Travail Social*, Paris: Alcan ⁵1926.
- Ewert, Burkhard: Corona und Seuchen in der Geschichte: „Vielleicht werden wir ganz neuartige religiöse Strömungen sehen“. Interview mit Eva Schlotheuber, in: *Neue Osnabrücker Zeitung* (26.03.2020).
- Gerhards, Albert/Kranemann, Benedikt/Winter, Stephan: Ausgewogenes Verhältnis zwischen Virtualität und Realität notwendig: Gemeinsam Gottesdienst feiern – auch im Modus der Krise, in:
<https://www.katholisch.de/artikel/24940-gemeinsam-gottesdienst-feiern-auch-im-modus-der-krise> [05.04.2020].
- Halík, Tomáš: Christentum in Zeiten der Krankheit, in: <http://www.theologie-und-kirche.de/> [05.06.2020].
- Huster, Susanne: „Die Kreativität, die sich zeigt, ist bewundernswert“. Theologe Alexander Deeg über religiöse Praxis in Zeiten der Corona-Krise, in:
<https://www.uni-leipzig.de/newsdetail/artikel/die-kreativitaet-die-sich-zeigt-ist-bewundernswert-2020-04-01/> [05.04.2020].
- Karle, Isolde: Experiment mit offenem Ausgang. Kirche in der Koronakrise [sic!], in: <https://zeitzeichen.net/node/8218> [05.04.2020].
- Kehl, Medard: Mit der Kirche fühlen. *Ignatianische Impulse* 44, Würzburg: Echter 2010.
- Made for Minds: Globale Gebete gegen Corona-Pandemie, in:
<https://www.dw.com/de/globale-gebete-gegen-corona-pandemie/a-53429947>
[30.05.2020].
- Mau, Steffen: Gemeinsame Risikoerfahrung kann Solidarität und Fortschrittswillen mobilisieren, das zeigt ein Blick in die Vergangenheit, in: *Süddeutsche Zeitung* 73 (27. März 2020).
- Richter, Hedwig: Hilfe zur Selbsthilfe, in: <https://www.sueddeutsche.de/politik/gas-tbeitrag-hilfe-zur-selbsthilfe-1.4879653> [24.04.2020].
- Zentralrat der Juden in Deutschland, in: <https://www.zentralratderjuden.de/aktuelle-meldung/artikel/news/corona-virus-covid-19/> bzw. <https://www.zentralratderjuden.de/aktuelle-meldung/artikel/news/religioese-online-angebote/> [05.04.2020].
- Zentralrat der Muslime in Deutschland, in: <http://islam.de/32075> <http://www.zentralrat.de/32058.php> bzw. [05.04.2020].

VI

Leitungsverantwortung in der Krise

Der Umgang mit der Covid-19-Krise aus der Sicht der kollegialen Führung eines Universitätsklinikums

Christa Tax, Gebhard Falzberger, Wolfgang Köle – befragt von Wolfgang Kröll

Einleitung

Das LKH-Universitätsklinikum Graz, welches im Eigentum des Landes Steiermark steht, ist einerseits ein Spital der Basisversorgung für den Großraum Graz südlich der Mur, andererseits Schwerpunktkrankenhaus für den Raum südlich der Mur-Mürz-Furche, die Zentralkrankenanstalt der Steiermark und Universitätsklinikum für den südösterreichischen Raum. Der Leitspruch „Menschen helfen Menschen“ wird im Klinikum Graz tagtäglich von den über 7.500 Mitarbeitern gelebt. Rund 1.500 Ärzte, 3.700 Pflegepersonen, über 1.000 Mitarbeiter des medizinisch-technischen und des sozialmedizinischen Dienstes sowie 1.300 Mitarbeiter der Verwaltung, Wirtschaft und Technik arbeiten Hand in Hand, um die medizinische Spitzenversorgung für über 1,8 Millionen Menschen im Einzugsgebiet des LKH-Universitätsklinikums Graz zu gewährleisten. Das LKH-Universitätsklinikum Graz versorgt pro Jahr an die 83.300 Patienten stationär und über 436.900 Patienten ambulant. Für die stationäre Betreuung stehen insgesamt 1.556 (systemisierte) Betten zur Verfügung, davon sind 175 Intensivbetten. In einem Jahr gibt es knapp 3.400 Geburten, damit gehört die Gebärklinik am Klinikum zu den größten im deutschsprachigen Raum. Jeden Tag bewegen sich 16.000 Personen am Gelände – Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, Patienten und Patientinnen, Besucher und Besucherinnen, Studenten und Studentinnen und Lieferanten. 19 Kliniken und zahlreiche Verwaltungsgebäude sind auf insgesamt 60 Hektar verteilt, davon ist ca. die Hälfte verbaute Fläche. Ein eigenes Straßennetz erstreckt sich über knapp zehn Kilometer, begleitet von 14 km Gehsteigen. Beim Energie- und Wasserverbrauch ist das Klinikum vergleichbar mit der Stadt Hartberg.

Alle historischen Gebäude wurden 1912 im Jugendstil erbaut und über die Jahre durch moderne Gebäude, wie beispielsweise den 2017 eröffneten neuen Chirurgieturm, ergänzt. Unterhalb des Klinikums erstreckt sich ein unterirdisches Tunnelsystem auf drei Ebenen. Dank medizinischer Spitzenleistungen und höchster Qualitätsstandards hat sich das LKH-Universi-

tätsklinikum Graz seinen ausgezeichneten Ruf bis heute bewahrt. Seit 2002 ist das Grazer Klinikum ein reines Universitätsklinikum und Ausbildungsspital der Medizinischen Universität Graz. Geleitet wird das LKH-Universitätsklinikum Graz einerseits durch das Direktorium des Hauses, bestehend aus der Pflegedirektorin DGKP Christa Tax, MSc, dem Betriebsdirektor Mag. Gebhard Falzberger sowie dem ärztlichen Direktor Ass.-Prof. Dr. Wolfgang Köle. Da aber das LKH-Universitätsklinikum Graz nicht isoliert von der Medizinischen Universität Graz betrieben wird, werden bei Angelegenheiten, die beide Rechtsträger dieses Klinikums, nämlich die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. und die Medizinische Universität Graz, betreffen, auch der Rektor und der Vizerektor der Medizinischen Universität involviert. Als Universitätsklinikum in Österreich und als Zentralklinikum der Steiermark nimmt das LKH-Universitätsklinikum Graz eine herausragende Stellung in der Behandlung und Betreuung der steirischen Patientinnen und Patienten sowie in bestimmten medizinischen Spezialgebieten auch für die Behandlung und Betreuung von Patienten benachbarter Bundesländer ein. Als enger Partner der Medizinischen Universität Graz ist das LKH-Universitätsklinikum Graz auch Ausbildungs- und Lehrkrankenhaus für Studierende der Medizin. Aufgrund der Größe des Krankenhauses – es zählt zu den größten Krankenanstalten Österreichs – und aufgrund der herausragenden Bedeutung für die Versorgung der steirischen Bevölkerung war es daher naheliegend, die Mitglieder des Direktoriums bezüglich ihrer Erfahrung sowie ihres Umgangs mit der aktuellen Pandemie zu befragen.

I. Fragen an Pflegedirektorin DGKP Christa Tax, MSc

Kröll: Erinnerst du dich noch zurück, welche Gedanken dir durch den Kopf gingen, als du davon in Kenntnis gesetzt wurdest, dass aufgrund eines massiven Anstiegs an mit Covid-19 infizierten Menschen in deinem Verantwortungsbereich entsprechende Schutzmaßnahmen getroffen werden mussten?

Tax: Natürlich erinnere ich mich. Einige Wochen davor waren dieses Thema und die damit verbundene Infektionsgefahr für mich sehr weit weg und ein Problem in einem fernen Land. Und plötzlich war es ganz nah und auch bei uns angekommen. Es gab am Beginn natürlich viele Fragen und Unsicherheit. Von Anfang an war uns im Direktorium wichtig, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bestmöglich zu schützen. Wir haben in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit der Krankenhaushygiene und den Hygienefachkräften die erforderlichen Hygienemaßnahmen eingeleitet und räumliche Trennungen vorgenommen. Sehr rasch wurde als erste Maßnahme die Trennung an den Eingängen der Notaufnahmen von Patienten mit Symptomen und ohne Symptome durchgeführt. Patienten mit Symptomen wurden direkt vor dem Eingang von Mitarbeitern in voller Schutzausrüstung empfangen und gescreent und bei Verdacht auf eine Infektion in einem gesonderten Bereich weiterbehandelt. Rückblickend kann ich sagen, dass wir zum richtigen Zeitpunkt mit den Vorbereitungen und dem Planen von notwendigen Veränderungen begonnen haben.

Kröll: Was waren deine ersten persönlichen Gedanken im Umgang mit dieser drohenden Pandemie? Welche Schutz- und/oder Vorsichtsmaßnahmen hast du für dich selbst bzw. deine unmittelbaren Angehörigen getroffen?

Tax: Aus den vielen beruflichen Diskussionen und den Informationen war sehr schnell klar, dass es wichtig ist, die empfohlenen Maßnahmen strikt und konsequent auch in der familiären Umgebung einzuhalten. Die Informationen an die Bevölkerung seitens unserer Regierung waren sehr klar und verständlich. Die familiären Kontakte mit den Familienmitgliedern waren dann nur noch auf telefonische Kontakte reduziert. Das hat mich persönlich sehr betroffen gemacht, denn ein regelmäßiger Kontakt mit den Enkelkindern und den Eltern war mir immer sehr wichtig und bis zu diesem Zeitpunkt selbstverständlich.

Kröll: Du trägst täglich für knapp 3.000 Mitarbeiter aus allen Pflegebereichen die Verantwortung. Einige davon werden um diese Zeit wohl auf Urlaub gewesen sein, möglicherweise auch im fernen Ausland. Stand dir trotzdem ausreichend Personal zur Verfügung, um einen zu erwartenden Massenansturm an infizierten Personen betreuen zu können? Wie viele Pflegende hast du für die Betreuung von mit Covid-19 infizierten Menschen abstellen können bzw. müssen?

Tax: Obwohl für unsere Mitarbeiter aus der Pflege die Monate Februar und März beliebte Urlaubsmonate sind, war es nicht notwendig, Mitarbeiter aus dem Urlaub zurückzuholen. Da wir ab Mitte März mit unseren Leistungen heruntergefahren sind, war der zur Verfügung stehende Pool an Mitarbeitern aus der Pflege zu jedem Zeitpunkt der Krisensituation ausreichend groß, um die Situation zu bewältigen und die uns anvertrauten Patienten betreuen und versorgen zu können. Sehr wohl aber war eine Adaption der Dienstpläne erforderlich. Diese notwendigen Änderungen wurden mit großer Bereitschaft und Akzeptanz mitgetragen.

Kröll: Hast du Umverteilungen deiner Mitarbeiter vornehmen müssen, um ausreichend Pflegekräfte für die Betreuung infizierter Menschen zur Verfügung stellen zu können? Falls ja, wie wurde das von deinen Mitarbeitern angenommen? War die Bereitschaft groß, sich in dieses unbekannte, gefährliche Milieu einzulassen?

Tax: Ja, es mussten laufend Umverteilungen vorgenommen werden, um Ausfälle z. B. wegen Absonderungsbescheiden und Quarantäneverpflichtungen kompensieren zu können. Es war auch notwendig, in den stark betroffenen Bereichen Personalverstärkungen vorzunehmen. Bedingt durch die notwendigen Schutzmaßnahmen und den hohen Pflegeaufwand der sehr kranken Patienten, mussten die Teams mit Personal aufgestockt werden. Gerade in den ersten Wochen mussten hier fast täglich Anpassungen vorgenommen werden. Die verantwortlichen Führungskräfte waren mit der Dienst- und Dienstplangestaltung sehr gefordert. Viele Kolleginnen und Kollegen mussten anderen Bereichen zugeteilt werden. Es war für mich beeindruckend, dass hier viel Verständnis und eine hohe Flexibilität bei den Kolleginnen und Kollegen vorhanden waren. Bei allen notwendigen Maßnahmen bestanden eine große Bereitschaft und ein unglaubliches Engagement seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Natürlich gab es auch Ängste und Bedenken, war doch die gesamte Thematik für uns alle neu und völlig unbekannt. Die Führungskräfte haben hier

wertvolle Arbeit in der Führung und Informationsweitergabe geleistet. Denn um die Ängste minimieren zu können, war es notwendig, viele Gespräche zu führen und die Sorgen und Bedenken ernst zu nehmen. Profitiert haben wir sicher davon, dass unser Ärztlicher Direktor Mitglied im Krisenstab des Unternehmens ist und hier eine enge Abstimmung und Beratung mit den Vorständen und der Geschäftsführung stattgefunden hat. Ergänzend dazu haben unsere Ärzte Informationen aus anderen Krankenhäusern im In- und Ausland eingeholt. Dadurch hatten wir auch die Gelegenheit, von diesen Erfahrungen unsere Vorgehensweise abzuleiten. So wussten wir zum Beispiel, dass wir im schlimmsten Fall mit einem Massenansturm von Intensivpatienten rechnen mussten, und konnten uns auf diese Eventualität vorbereiten.

Gemeinsam mit Führungskräften aus den Bereichen der Pflege, der Ärzteschaft und den technischen Betrieben wurde an einem Wochenende ein Plan für notwendige Veränderungen erarbeitet. Wir haben nicht nur die Notaufnahmen in die Versorgung für infizierte und nicht-infizierte Patienten getrennt, auch die stationären Versorgungsbereiche mussten entsprechend neu organisiert und umgestaltet werden. Dazu haben wir Covid-19-Verdachtsstationen, Covid-19-Stationen und Covid-19-Negativstationen auf den Universitätskliniken für Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe und auch auf der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde sowie Kinder- und Jugendchirurgie installiert. Diese Aufteilung der Patientenströme hat sehr gut funktioniert, da es eine sehr klare Trennung der Patienten gab. Die Herausforderung war, dass für diese Vorgehensweise ein höherer Personaleinsatz notwendig war. Und die tägliche Arbeit auf diesen Stationen war für das eingesetzte Personal, bedingt auch durch das Tragen der vollen Schutzausrüstung über mehrere Stunden, sehr anstrengend. Um Infektionen beim Personal möglichst zu vermeiden, war es wichtig, das richtige Handling und den korrekten Umgang mit der Schutzausrüstung gut zu schulen und zu sensibilisieren.

Durch das Lockdown haben wir nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Behandlung und Betreuung vor Ort gebraucht. Hier gab es seitens des Unternehmens die Möglichkeit, Kolleginnen und Kollegen bei vollen Bezügen dienstfrei zu stellen. Sie mussten dabei aber jederzeit für einen notwendigen Einsatz zur Verfügung stehen. Damit haben wir Personalreserven geschaffen, auf die wir im Bedarf bei Ausfällen zurückgreifen hätten können.

In dieser Ausnahme- und extrem belastenden Situation war es auch wichtig, bei der Diensterteilung jener Mitarbeiter, die in kritischen Bereichen eingesetzt waren, ausreichende Erholungsphasen einzuplanen. Um all die Bereiche, die wir installierten, mit entsprechend ausgebildeten Mitarbeitern zu besetzen, wurden Mitarbeiter aus verschiedenen Kliniken zu den jeweiligen Hotspots zugeteilt, insbesondere an der Universitätsklinik für Chirurgie und der Universitätsklinik für Innere Medizin.

Kröll: Wie wurden in deinem Verantwortungsbereich Mitarbeiter fachlich über das Virus informiert? Haben sie Informationen darüber erhalten, wie mit dieser speziellen Situation umzugehen ist? Wie groß war die Angst der Mitarbeiter, selbst infiziert zu werden durch die Behandlung und Betreuung infizierter Patienten? Gab es ablehnende Haltungen und Einstellungen?

Tax: Mitarbeiter erhielten sowohl vom Rechtsträger als auch vom Direktorium regelmäßig schriftliche Informationen über die Ausbreitung und den Verlauf der Covid-19-Infektionen. Informationen, die ausschließlich einzelne Mitarbeiter betroffen haben, wurden diesen über persönliche Mails zur Verfügung gestellt. Zusätzlich wurden Informationen vom Krisenstab des LKH-Universitätsklinikums Graz, der täglich unter der Leitung des Ärztlichen Direktors stattfand, allen Führungskräften aktuell weitergegeben. Sie haben entschieden, welche Informationen für ihre jeweiligen Bereiche wichtig sind, und haben diese dann in persönlichen Gesprächen an die Mitarbeiter oder Teams weitergegeben. Im Direktorium wurde regelmäßig abgewogen, welche Informationen wichtig sind und wann und in welcher Form weitergegeben werden müssen. Die laufende, aber richtige Information ist gerade in Krisensituationen sehr entscheidend.

Hinsichtlich der Bereitschaft der Mitarbeiter im Umgang mit der Pandemie haben wir unterschiedliche Reaktionen erlebt. Zum Teil waren auch große Ängste vorhanden, oftmals bedingt durch medial verbreitete, zum Teil übertrieben dargestellte Informationen. Es sind immer wieder Fragen aufgetaucht und damit war eigentlich jeder Tag für die Führungskraft ein „Sich-Einlassen auf Unbekanntes“. Täglich stattfindende interdisziplinäre Krisensitzungen des Direktoriums habe ich persönlich als sehr wertvoll erlebt. Hier wurden die aktuellen neuen Informationen ausgetauscht, Fragen diskutiert und gemeinsame Vorgehensweisen fest-

gelegt. Als Direktorium haben wir hier auch täglich einen guten Überblick zum Geschehen in den Kliniken bekommen.

Eine ablehnende Haltung gegenüber den Covid-19-Maßnahmen ist mir aus dem Pflegebereich nicht bekannt. Ich führe das zu einem großen Teil auf die täglich stattgefunden transparente Kommunikation und Information zurück. So habe ich Informationen aus der täglichen Krisensitzung an die Pflegeleitungen der einzelnen Abteilungen und Kliniken weitergegeben, bei der aktuelle Probleme und Herausforderungen diskutiert und das weitere Vorgehen besprochen wurden. Die Pflegeleitungen haben diese Informationen täglich an die Stationsleitungen weitergeben und diese dann an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Um die Verbreitung des Virus einzudämmen, war es auch notwendig, Verhaltensregeln für die Zeit außerhalb der Patientenversorgung aufzustellen. So wurden zum Beispiel Regeln festgelegt, wie viele Personen sich in Sozialräumen etc. gemeinsam aufhalten dürfen, und eine Pausenregelung festgelegt, um wichtige Erholungsphasen sicherzustellen. In den Covid-19-Bereichen wurde das Essen (Früh, Mittag und Abend) sowie Mineralwasser für die Mitarbeiter direkt angeliefert und kostenlos zur Verfügung gestellt.

Kröll: Wie viele deiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind an Covid-19 erkrankt? Waren das Mitarbeiter, die das Virus sozusagen aus einem Urlaubsgebiet eingeschleppt hatten, oder wurden die Mitarbeiter durch infizierte Patienten des Hauses angesteckt? Wie geht es diesen Mitarbeitern heute?

Tax: Es gab in meinem Bereich Mitarbeiter, die an Covid-19 erkrankt sind. Die Ansteckungen haben sich teilweise im familiären, teilweise im beruflichen Umfeld ereignet. Von Mitarbeitern, die sich diese Infektion während eines Urlaubs zugezogen hätten, ist mir nichts bekannt. Die relativ geringen Ausfälle durch Covid-19-Erkrankungen waren gut zu kompensieren. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geht es gut und sie sind mittlerweile wieder im Berufsalltag angekommen.

Kröll: Die Nicht-Verfügbarkeit bzw. die nur mangelhafte Verfügbarkeit von Schutzmaßnahmen wurde in Medien immer wieder angesprochen. Wie war es damit in deinem Verantwortungsbereich? Waren deine Mitarbeiter, die in die Betreuung von infizierten Patienten involviert waren, ausreichend geschützt?

Tax: Der Schutz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter war im Unternehmen immer die oberste Prämisse. Die Einkaufsabteilung und der Sicherheitstechnische Dienst am LKH-Universitätsklinikum Graz haben sich in enger Zusammenarbeit mit der Unternehmensführung und dem zentralen Einkauf intensiv bemüht, damit die erforderlichen Schutzmaterialien zur Verfügung stehen. Gleichzeitig wurde intensiv an Vorgaben für den richtigen Umgang mit der Krankenhaushygiene gearbeitet. Wir haben laufend Schulungen und Informationen für die Kolleginnen und Kollegen direkt auf den Stationen und in den Bereichen angeboten. Damit konnte sichergestellt werden, dass die Schutzausrüstung auch korrekt verwendet wurde. Ein möglicher Engpass an Schutzmänteln wurde im Unternehmen behoben, indem eine Alternative zu den Einmalschutzmänteln gefunden wurde. Anstelle der Einmalschutzmäntel wurden OP-Mäntel eingesetzt. Diese haben den großen Vorteil, dass sie einen viel angenehmeren Tragekomfort haben, wiederverwendet werden können und damit auch weniger Müll verursachen. Damit konnte der Engpass gut und sicher bewältigt werden. Bei einem weiteren Engpass bei den FFP-Schutzmasken wurde ebenfalls nach einer Alternative im Unternehmen gesucht. Hier wurde schließlich die Methode der Vergasung und Aufbereitung der Masken angewendet. Mitarbeiter aus unserer Aufbereitungseinheit wurden für dieses Verfahren angeleitet und so konnten wir allen Mitarbeitern die erforderlichen Schutzmasken zur Verfügung stellen. Die Ausgabe und Lieferung, inklusive des richtigen Einsatzes, waren zentrale Themen, die laufend je nach Situation angepasst wurden. Dank hohem Engagement in den unterschiedlichen Sparten, Kreativität und interdisziplinärer Zusammenarbeit, konnten Lieferengpässe gut überbrückt und die Sicherheit der Mitarbeiter die ganze Zeit über gewährleistet werden.

Kröll: *Jetzt musste natürlich der Betrieb des Krankenhauses, wenn auch auf Sparflamme, so dennoch weiterlaufen. Wie lief das für die anderen Mitarbeiter – waren diese mehr oder weniger isoliert von jenen Pflegekräften, die sich der Betreuung von mit Covid-19 infizierten Patienten widmeten? Wie war es auf Intensivstationen – gab es welche, die ausschließlich für infizierte Patienten betrieben wurden?*

Tax: Ja, wir sind in vielen Bereichen mit den Leistungen heruntergefahren, aber wir hatten auch Stationen, die sehr gefordert waren. Im Rahmen des Versorgungskonzepts des Unternehmens hat sich

ergeben, dass das Klinikum den Auftrag der Akutversorgung im Großraum Graz, aber auch die Betreuung der Covid-19-positiven Patienten und der Verdachtsfälle, übernimmt, d. h., das Klinikum war eigentlich in jede Richtung gefordert und natürlich ist uns dabei auch entgegengekommen, dass in einigen Bereichen Leistungen reduziert worden sind. So hatten wir die Möglichkeit, in jene Bereiche Mitarbeiter zuzuteilen, wo zusätzliches Personal erforderlich war. Schon in der Planung der Krisenbewältigung spielten die Intensivstationen eine wesentliche Rolle. Es ging darum, zu organisieren, wie wir die Behandlung und Betreuung von Covid-19-Patienten ausrichten werden. Es gab dabei einen Stufenplan: Auf der Universitätsklinik für Chirurgie wurde eine Intensivstation als Covid-19-Intensivstation geführt, ein Teil der Intensivbetten der Universitätsklinik für Innere Medizin wurde getrennt und nur für Covid-19-Patienten zur Verfügung gestellt. Im Bereich der Universitätsklinik für Chirurgie wäre es möglich gewesen, noch weitere Intensivbetten als Covid-19-Intensivstationen zu führen. Das geplante volle Ausmaß an Intensivbetten wurde jedoch zu keinem Zeitpunkt benötigt. In den definierten Covid-19-Bereichen wurden eigene Teams zusammengestellt, die ausschließlich in diesen Bereichen arbeiteten. Es war eine große Herausforderung für die Führungskräfte, die Kolleginnen und Kollegen aus den unterschiedlichsten Stationen zu einem Team zusammenzuführen. In allen Bereichen ist dies bestens gelungen und ich bin sehr dankbar und stolz, dass alle zum Gelingen ihren persönlichen Einsatz und Beitrag geleistet haben.

Kröll: *Nun scheint ja die Krise langsam wieder vorbei zu sein und alle sind dabei, die Systeme wieder hochzufahren. Wie läuft das in deinem Verantwortungsbereich? Lief der Betrieb, d. h. die pflegerische Versorgung der Patienten, wie eh und je?*

Tax: Wie uns die derzeitigen Zahlen zeigen, ist die Krise weitgehend vorbei. Und wir hoffen auch, dass es nicht zu einer „zweiten Welle“ kommt. Wir sind wieder schrittweise mit den Leistungen in den einzelnen Disziplinen hochgefahren. Wir als Direktorium haben dazu alle Kliniken besucht und hatten so die Möglichkeit, mit den Klinikleitungen die geplanten einzelnen Schritte zu besprechen und dabei auch die von uns erforderliche Unterstützung auszuloten. Es waren sehr interessante und informative Gespräche. Mit dem Rückgang der Anzahl von an Covid-19 erkrankten Patienten haben wir schrittweise die Covid-19-Bereiche wieder

aufgelassen. Das dort eigens eingesetzte Pflegepersonal wurde auf das Vorliegen einer Infektion getestet, bevor es wieder in seine Stammbereiche zurückkehrte.

Kröll: Was hast du persönlich für dich, für dein privates Umfeld, aber auch für deinen Verantwortungsbereich innerhalb des Klinikums mitgenommen? Gibt es etwas, das du ändern möchtest oder das du ändern wirst?

Tax: Was ich für mich in meinen Verantwortungsbereich mitgenommen habe, ist, dass es sehr wichtig ist, die Mitarbeiter regelmäßig zu informieren, diese Informationen gut überlegt weiterzugeben und auf die Ängste, Bedenken und Bedürfnisse der Mitarbeiter einzugehen und zu evaluieren, was insgesamt machbar ist. Wichtig für meinen Bereich ist auch, den Kolleginnen und Kollegen zu vermitteln, dass man sie ernst nimmt, dass man für sie da ist, dass sie sich jederzeit an ihre unmittelbaren Vorgesetzten wenden können. Spannend war für mich auch, zu sehen, dass wir in kurzer Zeit Dinge geändert haben, worüber wir davor oft jahrelang erfolglos diskutiert hatten. Ganz besonders hat mir diese sehr fordernde und schwierige Zeit als Krankenhausleitung gezeigt, wie wichtig eine vertrauensvolle und gute Zusammenarbeit ist. Es ist wertvoll, dass anfallende Themen interdisziplinär rasch besprochen werden. Wichtig ist aber auch, dass es möglich ist, immer dann, wenn Fragen auftreten, diese kurzfristig im Direktorium zu besprechen, zu bewerten, Maßnahmen einzuleiten und diese dann zeitnah den Mitarbeitern zu kommunizieren. Dass ein derartiges Vorgehen erwünscht ist und sich positiv auswirkt, wurde mir auch wiederholt von den Mitarbeitern rückgemeldet. Durch die Miteinbindung und das tägliche Update in der Zeit des Lock-downs wurde ihnen das Gefühl vermittelt, dass sie gut durch die Krise geführt worden sind und sie sich so auf ihre Tätigkeit bei den Patienten konzentrieren konnten. Entscheidend für das Funktionieren der Versorgung von Patienten ist auch die enge und gute interdisziplinäre Zusammenarbeit. Ich möchte aber auch besonders die Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Mitarbeitern der Betriebsorganisation hervorheben. Ambulanzen, Stationen und Bereiche wurden ausgesiedelt und es wurden eigene Covid-19-Bereiche gestaltet. Hier wurde nicht diskutiert, sondern alle Mitarbeiter waren hoch motiviert Hand anzulegen, wo sie gerade gebraucht wurden, und vieles wurde wirklich innerhalb kürzester Zeit realisiert. Dabei darf man nicht vergessen, dass Maßnahmen von Seiten der Logistik, der Wirtschaft und der Or-

ganisation auf den ersten Blick oftmals gar nicht sichtbar waren, aber ein Betrieb ohne diese Schritte niemals möglich gewesen wäre. Wenn wir „dieses Miteinander“ aus der Krise heraus mitnehmen, dann sehe ich sehr positiv in die Zukunft dieses Krankenhauses und seiner Mitarbeiter.

Kröll: Wenn man jetzt zusammenfassend vom Worst-Case-Szenario ausgeht, dass noch einmal eine solche Pandemie auftritt, bevor ein Impfstoff dagegen entwickelt worden ist: Ist alles innerhalb deines Verantwortungsbereiches gut gelaufen, gibt es irgendeinen Bereich oder eine Situation, von der du sagen würdest, hier haben wir noch Verbesserungspotential? Oder andersherum: Standest du in Kontakt mit anderen Krankenanstalten innerhalb oder auch außerhalb der Steiermark und Österreichs und habt ihr euch bezüglich des Vorgehens in der Krise ausgetauscht? Falls das stattgefunden hat: Gab oder gibt es Ansätze, die du in deinem Verantwortungsbereich übernehmen würdest, bzw. haben jene Verantwortlichen, mit denen du Kontakt hattest, bekundet, Vorgehensweisen, wie sie in unserem Krankenhaus durchgeführt wurden, zu übernehmen bzw. zumindest auf ihre Verhältnisse zu adaptieren?

Tax: Mit meinen Kolleginnen und Kollegen nutze ich die nächste Zeit zur Reflexion. Wir werden die vergangene Thematik hinsichtlich Verbesserungspotentialen und Erfahrungen evaluieren und daraus abgeleitet die Maßnahmen und Gedanken verschriftlichen, um für etwaige zukünftige Situationen gerüstet zu sein oder bei einem neuerlichen Auftreten einer solchen Pandemie eine Stütze zu haben. Wichtig ist dabei für mich, dass diese Reflexion auf allen Ebenen sowie interdisziplinär stattfindet, denn nur so können wir einen umfassenden Rückblick gestalten. Während der Covid-19-Zeit wie auch in der Zeit davor habe ich meine Kontakte zu anderen Krankenanstalten innerhalb und außerhalb der Steiermark sowie international gepflegt. Auch wenn die Organisationen nicht eins zu eins vergleichbar sind, ergeben sich immer wieder interessante Gedankenanstöße und ein Austausch von Ideen und Erfahrungen. Und genau dieser Austausch ist zu jeder Zeit für beide Partner sehr gewinnbringend und wertvoll.

II. Fragen an Betriebsdirektor Mag. Gebhard Falzberger

Kröll: *Erinnerst du dich noch zurück, welche Gedanken dir durch den Kopf gingen, als du davon in Kenntnis gesetzt wurdest, dass aufgrund eines massiven Anstiegs an mit Covid-19 infizierten Menschen in deinem Verantwortungsbereich entsprechende Schutzmaßnahmen getroffen werden mussten?*

Falzberger: Ja, ich kann mich noch sehr gut erinnern, als ein Schreiben vom Bundesministerium für Inneres bzw. vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz eingetroffen ist, dass in allen Krankenanstalten Österreichs der derzeitige Betrieb massiv zu reduzieren ist, um entsprechende Vorhaltungen für Patienten, die mit dem Virus Covid-19 infiziert sind, zu treffen. Im ersten Moment waren wir, die Mitglieder des Direktoriums unseres Krankenhauses, aber auch meine engsten Mitarbeiter, verunsichert und betroffen, weil wir alle nicht wussten, was da auf uns zukommt.

Kröll: *Was waren deine ersten persönlichen Gedanken im Umgang mit dieser drohenden Pandemie? Welche Schutz- und/oder Vorsichtsmaßnahmen hast du für dich selbst bzw. deine unmittelbaren Angehörigen getroffen?*

Falzberger: Meine persönlichen Gedanken im Umgang mit der Pandemie sind mehrschichtig: Einerseits rede ich jetzt als Familienvater und Großvater, der während dieser Zeit leider keine Möglichkeit hatte, sein Enkelkind zu besuchen und zu sehen. Wir haben uns innerhalb der Familie an die Quarantänebestimmungen gehalten, mit betroffen war auch meine 87-jährige Mutter, die allein lebt. Ich merke aber jetzt auch, was diese Isolation bei vielen anderen Menschen bewirkt hat. Wir werden alle etwas Zeit brauchen, um wiederum in eine normale Kommunikation zu kommen, wie sie vor Ausbruch der Pandemie bestanden hat. Ich bin davon überzeugt, dass es sehr wichtig ist, dass wir wieder in unser Verhalten zurückkehren dürfen, wie es vor Corona gewesen ist.

Kröll: *Das LKH-Universitätsklinikum Graz ist mit ca. 6.000 Mitarbeitern (ohne Med-Uni-Beschäftigte) der größte Arbeitgeber in der Steiermark. Innerhalb welchen Zeitraums konntest du überhaupt diese erforderlichen und vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen installieren? Wie konntest du es gewährleisten, dass alle angeordne-*

ten Schutzmaßnahmen auch eingehalten wurden? Wie ist es dir und deinen Mitarbeitern überhaupt gelungen, diesen Betrieb nach außen so abzusichern, dass eigentlich nichts passiert ist und es zu keiner enormen Steigerung von Infektionen innerhalb der 6.000 Angestellten kommen konnte?

Falzberger: Für das LKH-Universitätsklinikum Graz war es eine sehr heikle Situation, da das Klinikum ursprünglich nicht primär als Krankenhaus für die Versorgung von mit Covid-19 infizierten Menschen vorgesehen war. Als sich das geändert hat, haben wir innerhalb kürzester Zeit den Betrieb der Krankenanstalt von etwa 1.500 Betten um mehr als 1.000 Betten reduziert, um die erforderliche Vorhaltung zu gewährleisten, so dass wir auch auf einen Ansturm infizierter Menschen gerüstet gewesen wären. Wir haben aber sehr rasch erkannt, dass in der Hochphase der Pandemie jeder Patient als potenziell infiziert zu behandeln ist. Das war eine sehr schwierige Situation und gleichzeitig waren wir, die verantwortliche Führungsebene, auch damit konfrontiert und herausgefordert, ob überhaupt ausreichend Schutzausrüstungen vorhanden sind bzw. der Nachschub für die erforderlichen Schutzausrüstungen gewährleistet ist. Es gab gerade zu Beginn auch sehr viele Probleme durch die Unberechenbarkeit des Virus. Oft wurden Patienten erst einige Tage nach der stationären Aufnahme positiv auf das Virus getestet. Im gesamten Klinikum wurden selbstverständlich alle Vorschriften, die von der Bundesregierung verfügt wurden, eingehalten und umgesetzt.

Kröll: *Wie ist es dir gelungen, trotz der durchgeführten Schutzmaßnahmen den Betrieb dieses Unternehmens so aufrechtzuerhalten, dass alle Mitarbeiter und in der Folge auch alle Patienten mit den erforderlichen Gütern versorgt werden konnten?*

Falzberger: Die Aufrechterhaltung des Betriebes ist nur durch den unglaublichen Einsatz extrem engagierter Kolleginnen und Kollegen gelungen. Wir als Direktorium des LKH-Universitätsklinikums Graz können stolz darauf sein, dass wir solche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben.

- Kröll:* Welche Maßnahmen wurden seitens der Betriebsdirektion getroffen, sodass es beim An- und Abtransport von Gütern zu keiner Keimverschleppung – weder zu einer Verschleppung von Keimen in das Krankenhaus noch zu einer Verschleppung nach außen – gekommen ist?
- Falzberger:* Sämtliche von den Experten empfohlene Maßnahmen für die Verhinderung einer Keimverschleppung wurden entsprechend eingehalten. Selbstverständlich hat sich der Desinfektionsmittelverbrauch am Klinikum während dieser Krisenzeit enorm gesteigert. Zudem haben wir auch versucht, outgesourcte Bereiche, wie z. B. den Bereich des Reinigungsdienstes, mit Schutzausrüstungen zu unterstützen.
- Kröll:* Tausende operative Eingriffe und Behandlungen mussten pandemiebedingt abgesagt bzw. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Das führt aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu einer enormen Umsatzeinbuße. Wie gehst du damit um? Wird dieser Verlust durch das Land Steiermark abgedeckt? Oder musst du irgendwo den Sparstift ansetzen? Und vor allem: Was bedeutet dieser Umsatzeinbruch für die Weiterführung des Um- und Neubaus der Universitätsklinik für Chirurgie?
- Falzberger:* Wir leben, Gott sei Dank, in Österreich und unser System der „leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung“ (LKF-System) ist anders organisiert als im europäischen Umfeld, sodass wir zumindest aufgrund der Absagen von operativen Eingriffen und Behandlungen kein finanzielles Problem haben. Wir hoffen, dass coronabedingte Verluste durch das Land Steiermark abgedeckt werden. Es ist unmöglich, überall den Sparstift anzusetzen. Hier muss eine Entscheidung getroffen werden, die unsere Generation für nachfolgende Generationen zu treffen hat. In erster Linie wird die gesamte Bevölkerung, aber auch die derzeitige und zukünftige Bundesregierung noch jahrelang, wenn nicht sogar jahrzehntelang, damit beschäftigt sein. Wir versuchen, unseren eigenen Bereich, aber auch insgesamt die steirische Spitallandschaft so zu adaptieren, dass diese für möglicherweise auftretende ähnliche Krisensituationen künftig gut gerüstet sind. Wir haben festgestellt, dass nicht das Gesamtbettenproblem ein Thema ist, sondern dass es, falls überhaupt, im Bereich der Intensivbehandlungsbetten knapp werden könnte. Das spricht aus meiner Sicht dafür, dass die Gesundheitsre-

form, wie sie in der Steiermark angedacht war, fortzusetzen ist. Ich hoffe und erwarte mir, dass die politischen Verantwortlichen die Kraft und den Mut aufbringen, weiter in Richtung Leitspitäler, wie insbesondere der Ennstal-Klinik, zu arbeiten.

Kröll: *Gibt es unter deinen Mitarbeitern welche, die durch das Virus infiziert wurden? Falls ja, wie viele? Und vor allem: Wie geht es ihnen heute?*

Falzberger: Es gab, Gott sei Dank, nur wenige Mitarbeiter aus meinem Verantwortungsbereich, die infiziert wurden. Es ist aber nicht feststellbar, ob sie sich im dienstlichen oder privaten Umfeld angesteckt haben. Jene fünf erkrankten Mitarbeiter aus meinem Bereich hatten im Wesentlichen keine großen Gesundheitsprobleme, vielmehr verlief die Infektion leicht. Ein Mitarbeiter wusste trotz der bestehenden Infektion nicht, dass er überhaupt erkrankt war. Die Bestätigung erhielt er viel später im Rahmen einer Routineuntersuchung.

Kröll: *Nun scheint die Krise vorbei zu sein und der klinische Alltag beginnt von Neuem. Wie gehst du damit um? Gelingt es, den Klinikalltag wieder so herzustellen, wie er vor Corona war? Und wie weit bist du damit?*

Falzberger: Wir, das Direktorium dieses Krankenhauses, konnten feststellen, dass das Herunterfahren des Krankenhausbetriebes einfacher war als das Wiederhochfahren. Die noch immer gültigen Abstandsregelungen führen dazu, dass es noch relativ lange dauern wird, bis wir wieder im Normalbetrieb arbeiten werden können. Wir mussten am Klinikum selbstverständlich auch die medizinische Versorgung der Menschen des Großraums Graz übernehmen. So war z. B. im Bereich der Universitätsklinik für Innere Medizin Vollbetrieb, sodass wir insgesamt am Klinikum eine "gemischte" Situation hatten.

Kröll: *Wie sind aus deiner Sicht Mitarbeiter, Patienten und Besucher mit diesen Einschränkungen klargekommen? Gab es Probleme mit einer der Menschengruppen?*

Falzberger: Sowohl Patienten und Besucher als auch Mitarbeiter sind aufgrund der Informationspolitik der Bundesregierung sehr gut informiert gewesen und alle haben für die getroffenen Maßnahmen großes Verständnis gezeigt. Jetzt aber kommen

wir in eine Phase, in der es sehr viele medizinische Indikationen gibt, die einer entsprechenden Behandlung und Betreuung bedürfen. Jetzt machen sich natürlich Unruhe und Besorgnis breit, ob man als Patient dann tatsächlich zum OP-Termin, zum Behandlungstermin oder zu einem erforderlichen Vorsorgetermin ins Krankenhaus kommen kann bzw. soll.

Kröll: *Du hast an den Eingängen und Zufahrten zum Gelände Sicherheitspersonal aufstellen lassen. Welche Erfahrungen haben diese Mitarbeiter gemacht, insbesondere mit Menschen, die – aus welchem Grund auch immer – unbedingt in das Krankenhausgelände gelangen wollten?*

Falzberger: Das Sicherheitspersonal, welches wir im und um das Klinikum positioniert haben, war retrospektiv betrachtet als Sicherheitsmaßnahme nicht unbedingt erforderlich, da die Disziplin der österreichischen Bevölkerung beispielgebend war. Aber es konnte anfangs niemand wissen, in welche Richtung sich diese Krise entwickeln wird. Sehr viele Menschen haben sich an die Ausgangsbestimmungen gehalten, es wurden am Klinikum wesentlich weniger Kontakte gezählt, die Inanspruchnahme bezog sich auf schwere und Schwerstfälle.

Kröll: *Und was hast du persönlich für dich, für dein privates Umfeld, aber auch für deinen Verantwortungsbereich innerhalb des Klinikums mitgenommen? Gibt es etwas, das du ändern möchtest oder wirst?*

Falzberger: Sowohl für mein privates Umfeld, aber auch für meine Tätigkeit innerhalb der Klinik habe ich gelernt, mittels Videokonferenzen perfekt zu kommunizieren. Aus meiner Sicht ist das eine Lösung für die Zukunft, die man jedenfalls andenken und weiterverfolgen muss. Es kann eigentlich auch nicht sein, dass man Dienstreisen von mehreren Stunden oder sogar über mehrere Tage tätigt, wenn eine Videokonferenz das gleiche Ergebnis erbringen kann. Es hat sich auch gezeigt, dass beispielsweise im Bereich des Controllings viele Mitarbeiter im Homeoffice ihre Arbeit ohne jeglichen Qualitätsverlust tätigen konnten. Ich werde jedenfalls den Bereich Homeoffice in meinem Verantwortungsbereich weiter ausgestal-

ten, um hier Möglichkeiten neuer Technologien optimal zu nutzen.

Kröll:

Wenn man jetzt zusammenfassend vom Worst-Case-Szenario ausgeht, dass noch einmal eine solche Pandemie auftritt, bevor ein Impfstoff dagegen entwickelt worden ist: Ist alles innerhalb deines Verantwortungsbereiches gut gelaufen, gibt es irgendeinen Bereich oder eine Situation, von der du sagen würdest, hier haben wir noch Verbesserungspotential? Oder andersherum: Standest du in Kontakt mit anderen Krankenanstalten, innerhalb oder auch außerhalb der Steiermark und Österreichs, und habt ihr euch bezüglich des Vorgehens in der Krise ausgetauscht? Falls das stattgefunden hat: Gab oder gibt es Ansätze, die du in deinem Verantwortungsbereich übernehmen würdest, bzw. haben jene Verantwortlichen, mit denen du Kontakt hattest, bekundet, Vorgehensweisen, wie sie in unserem Krankenhaus durchgeführt wurden, zu übernehmen bzw. zumindest auf ihre Verhältnisse zu adaptieren?

Falzberger:

Wenn man nun retrospektiv, im Wissen, wie sich nun alles entwickelt hat, die Gesamtsituation betrachtet, dann hätte man sicher in der einen oder anderen Situation anders entschieden, aber es ist immer so, dass man Entscheidungen zu einem bestimmten Zeitpunkt treffen und nach Vorgaben der bestehenden Informationen agieren muss. Für das Vorliegen der damals bestehenden Informationen, speziell am Klinikum, wurde hervorragend reagiert. Wir haben auch intensivsten Kontakt mit dem AKH Wien und dem Universitätsklinikum Innsbruck gehalten und haben auch mit einem internationalen Berater, der unserem Krankenhaus auch in Nicht-Coronazeiten zur Verfügung steht, die Entwicklung in Deutschland mitanalysieren lassen. Besonders gut gelaufen ist in meinem Verantwortungsbereich die ausgezeichnete Zusammenarbeit innerhalb des Direktoriums – es herrschte wirklich blindes Vertrauen zwischen uns. Dies ist auch Voraussetzung dafür, dass solche Krisensituationen bewältigt werden können.

III. Fragen an den ärztlichen Direktor Ass.-Prof. Dr. Wolfgang Köle

Kröll: *Erinnern Sie sich noch zurück, welche Gedanken Ihnen durch den Kopf gingen, als Sie davon in Kenntnis gesetzt wurden, dass aufgrund eines massiven Anstiegs an mit Covid-19 infizierten Menschen nun in Ihrem Verantwortungsbereich entsprechende Schutzmaßnahmen getroffen werden mussten?*

Köle: Die ersten Gedanken, die mir am Beginn dieser Krisensituation durch den Kopf gingen, waren einerseits die Notwendigkeit, die Mitarbeiter des Klinikums zu schützen, und andererseits, den betroffenen Patienten zu helfen. Hellhörig gemacht hat mich natürlich die Tatsache, dass es sich bei der Covid-19-Infektion um eine neue, weitgehend unbekannte Infektion handelt und wenig Kenntnisse über den Ausbreitungsmodus verfügbar waren, obwohl diese Erkrankung ja schon Monate zuvor in China aufgetreten war.

Kröll: *Was waren Ihre ersten persönlichen Gedanken im Umgang mit dieser drohenden Pandemie? Welche Schutz- und/oder Vorsichtsmaßnahmen haben Sie für sich selbst bzw. Ihre unmittelbaren Angehörigen getroffen?*

Köle: Da ich zumindest in Graz alleinstehend bin, hat sich diese Frage persönlicher Vorsichts- und Schutzmaßnahmen bzw. Verhaltensweisen im Umgang mit Angehörigen in diesem Sinne nicht gestellt. Die von mir getroffenen Vorsichtsmaßnahmen haben sich daher auf Social Distancing beschränkt.

Kröll: *Mit Covid-19 infizierte Patienten benötigen einerseits Normalbetten, andererseits aber, wenn auch in geringerem Ausmaß, Intensivbehandlungsbetten. Wie ist es Ihnen gelungen, trotz einer wahrscheinlich vorbestehenden, mindestens 90-prozentigen Auslastung der Intensivbetten ausreichend Behandlungs- und auch Beatmungsplätze zur Verfügung stellen zu können? Haben Sie Umstrukturierungen innerhalb der Kliniken bzw. Abteilungen vorgenommen?*

Köle: Geht man von den Ausführungen des Krisenstabs des Landes Steiermark und jenem der KAGes aus – in denen ich ebenfalls vertreten war –, dann hätte unser Krankenhaus, zumindest theoretisch, niemals mit an Covid-19 erkrankten Patienten konfrontiert sein dürfen, denn in der Steiermark war ein Krankenhaus als Covid-19-Krankenhaus vorgesehen, nämlich das LKH Graz II mit den Standorten Graz West, Graz Süd und dem LKH Hörgas. In

diesen Krankenhäusern wurden die chirurgische und die medizinische Abteilung für nicht-infizierte Patienten geschlossen und ausschließlich für mit Covid-19 infizierte Patienten frei gehalten. Aber man hat relativ bald erkannt, dass dies nicht so funktionieren konnte, wie es geplant war, denn die Patienten des LKH-Universitätsklinikums Graz, die sich ja bereits *a priori* in unserem Haus speziellen Behandlungen unterzogen hatten, waren auch weiterhin im Klinikum zu behandeln, nämlich auch dann, wenn sie sich denn tatsächlich mit Covid-19 infiziert hatten. Damit war im LKH-Universitätsklinikum Graz von Beginn der Krise an die Situation gegeben, dass sowohl nicht-infizierte als auch infizierte Patienten behandelt werden mussten. Das hat die Verantwortlichen selbstverständlich vor große Herausforderungen gestellt: Denn initial waren die Intensivbehandlungsbetten an der Universitätsklinik für Innere Medizin mehr oder weniger zu 100 Prozent mit Patienten belegt, die nicht infiziert waren, und dies mit den üblichen Erkrankungen, wie man sie auf einer Intensivstation einer Universitätsklinik für Innere Medizin vorfindet: Myokardinfarkte, Lungenversagen, Pneumonien etc. Diese Intensivbehandlungsbetten, zumindest 50 Prozent davon, mussten daher für infizierte Patienten freigemacht werden. Die anderen 50 Prozent der Intensivbehandlungsbetten wurden weiterhin für nicht-infizierte Patienten benötigt, die mit Myokardinfarkten etc. einer Behandlung zugewiesen wurden. Aber man hat auch sehr rasch erkannt, dass diese Anzahl an verfügbaren Betten unzureichend ist, und daher mussten auch von den Intensivstationen der Universitätskliniken für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie für Chirurgie Intensivbehandlungsbetten zur Verfügung gestellt werden. Das war insofern problemlos durchzuführen, als das Routineoperationsprogramm weitgehend reduziert wurde und daher auch eine entsprechende Anzahl an Intensivbehandlungsbetten für infizierte Patienten zur Verfügung stand. Diese Kooperation mit den einzelnen Universitätskliniken bzw. den zuständigen klinischen Abteilungen hat sehr gut funktioniert. Zusätzlich waren aber auch andere große Umstrukturierungen innerhalb des Klinikums erforderlich: So wurde die zentrale internistische Notfallaufnahme ausschließlich für infizierte Patienten zur Verfügung gestellt, während die zentrale Notaufnahme der Universitätsklinik für Chirurgie interdisziplinär mit den Universitätskliniken für Innere Medizin und Neurologie für nicht-infizierte Patienten geführt wurde. An der Universitätsklinik für Innere Medizin wur-

den Stationen in solche umfunktioniert, die ausschließlich mit Covid-19 infizierte Patienten aufnehmen, und auch an der Universitätsklinik für Chirurgie waren Umstrukturierungen erforderlich. Es wurden die Stationen der Klinischen Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Universitätsklinik für Zahnmedizin und Mundgesundheits ausschließlich für infizierte Patienten frei gehalten, während die Patienten dieser Abteilung vorübergehend in eine freigemachte Station der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde verlegt wurden.

Kröll: Neuerungen in einem System bedeuten meist Widerstand. Wie rasch konnten Sie jene Klinikvorstände bzw. Abteilungsleiter, die in ihrem Bereich über Intensivbehandlungs- und Beatmungsplätze verfügen, so weit verpflichten, dass zumindest eine angemessene Zahl an solchen Betten verfügbar war?

Köle: Widerstände gegenüber den erforderlichen Maßnahmen hat es keine gegeben. Vielmehr haben alle Klinikvorstände und Abteilungsleiter unterstützend mitgearbeitet. Es war eher die Komplexität der Vorgaben von zuständigen Ministerien und anderen vorgesetzten Stellen, die zumindest zum Zeitpunkt der Anordnung vielleicht nicht immer logisch und nachvollziehbar durchdacht waren. Aber aus meiner Sicht liegt dies in der Natur der Sache, vor allem dann, wenn man es mit einer derart komplexen Situation zu tun hat.

Kröll: Mussten Patienten, die auf Intensivstationen bereits in Behandlung waren und bei denen absehbar war, dass diese Behandlungen noch längere Zeit in Anspruch nehmen würden, in andere Krankenanstalten verlegt werden, oder ist es gelungen, dennoch ausreichende Kapazitäten zur Verfügung zu stellen?

Köle: Grundsätzlich war es angedacht, Intensivpatienten in andere Krankenhäuser, in denen die Versorgung ebenfalls gewährleistet worden wäre, zu transferieren. Das hat aber nicht funktioniert, sodass wir auch diese nicht-infizierten Patienten an unseren Intensivstationen weiter behandeln mussten. Wir haben dies unter Aufwendung aller möglichen Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen durchgeführt, vor allem mit dem Ziel, diese Patienten nicht zu gefährden und zu infizieren. Und wir können rückblickend feststellen, dass uns dies sehr gut gelungen ist.

Kröll: Sie beschäftigen etwas mehr als 1.500 ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (landesbedienstete Ärzte, aber auch Mitarbeiter der Medizinischen Universität Graz, die zur Patientenversorgung zugeteilt sind). War es möglich, alle zu schützen, d. h., hatten Sie ausreichend Schutzanzüge und Masken zur Verfügung? Falls nein, wie sind Sie damit umgegangen?

Köle: Beim Ausbruch der Infektion waren Masken und Schutzanzüge nicht in ausreichender Menge verfügbar – wobei aber auch die Wünsche der Mitarbeiter im Hinblick auf den erforderlichen Bedarf sehr individuell gestaltet waren und diese nicht immer den Empfehlungen der Fachärzte für Hygiene bzw. der Fachärzte für Infektiologie entsprochen haben. Da waren auch erhebliche Auffassungsunterschiede zwischen einzelnen Mitarbeitern: Es gab solche, die sich komplette Schutzanzüge wünschten, andere waren der Meinung, ein Mund- und Nasenschutz mittels Maske sei bereits ausreichend. Aber wir haben das anlassbezogen gelöst, d. h. zumindest in jenen Bereichen, in denen infizierte Patienten behandelt worden sind, konnten die Mitarbeiter damit rechnen, dass sie alle erforderlichen Schutzmaßnahmen erhalten. Es sind schließlich auch ausreichend Schutzanzüge zur Verfügung gestanden. Es wurde aber sehr bald erkannt, dass diese Schutzanzüge für gewisse Tätigkeiten, wie z. B. die Kommunikation, aber auch die Auskultation, eher hinderlich sind. Aber grundsätzlich muss festgehalten werden, dass man aus der Erkrankung gelernt hat – auch wie mit dieser Thematik korrekt umzugehen ist. Dann haben sich auch die Begehrlichkeiten geändert und man hat sich wieder auf ein geordnetes Arbeitsumfeld besonnen. Aber überschießende Reaktionen der ärztlichen Mitarbeiter sind auch verständlich, wenn man an Bilder aus italienischen Krankenhäusern denkt.

Kröll: Haben sich ärztliche Mitarbeiter mit diesem Virus infiziert – während eines Urlaubsaufenthaltes bzw. während der Behandlung von infizierten Patienten innerhalb des Krankenhauses?

Köle: Auch in meinem Verantwortungsbereich haben sich Mitarbeiter infiziert, und zwar sowohl während der beruflichen Tätigkeit als auch im privaten Umfeld. Selbstverständlich auch im Urlaub, so z. B. beim Wintersport am Arlberg. Aber es gab auch die Situation in einem peripheren Standardkrankenhaus, wo Mitarbeiter, die auf einer Kreuzfahrt am Nil unterwegs gewesen waren, infiziert, jedoch ohne Symptome, zur Arbeit erschienen sind, nicht wissend, dass sie andere Mitarbeiter und Patienten gefährden

könnten, und die haben, wie zu erwarten, andere Menschen im Krankenhaus infiziert und dieses Krankenhaus musste vorübergehend vollkommen vom Netz genommen werden.

Kröll: *Wie wurden in Ihrem Verantwortungsbereich Mitarbeiter fachlich über das Virus informiert? Haben sie Informationen darüber erhalten, wie mit dieser speziellen Situation umzugehen ist? Wie groß war die Angst der Mitarbeiter, durch die Behandlung und Betreuung infizierter Patienten selbst infiziert zu werden? Gab es ablehnende Haltungen und Einstellungen?*

Köle: Grundsätzlich wurden die ärztlichen Mitarbeiter von der Zentraldirektion sehr umfangreich über das Virus, den potenziellen Verlauf der Erkrankung und die möglichen Auswirkungen informiert. Ich bin überzeugt, dass der Umfang der Information beinahe zu groß war, sodass es vielen Führungskräften wahrscheinlich gar nicht möglich gewesen ist, alle Informationen zu verarbeiten. Es wurden auch seitens des Direktoriums Mails an die Mitarbeiter ausgesandt und als ärztlicher Direktor habe ich zweimal wöchentlich die bereichsleitenden Ärzte über den jeweiligen Stand der Pandemie und ihrer Bewältigung informiert. Ebenso wurden die Klinikvorstände und die Leiter der klinischen Abteilungen von mir mehrmals informiert. Aber auch die Mitarbeiter der Pflege und die dem Betriebsdirektor unterstellten Angestellten erhielten täglich entsprechende Informationen über den aktuellen Stand der Pandemie.

Kröll: *Die Zeit des Shutdowns war ja auch die Zeit der Vortragstätigkeit einiger Ihrer Mitarbeiter an den verschiedensten Orten dieser Erde. Wie sind Sie damit umgegangen, dass Ihnen diese Mitarbeiter nicht zur Verfügung standen? Wie sind diese Mitarbeiter aus dem Ausland wieder nach Hause gekommen? Waren sie zu Hause unter Quarantäne oder waren sie für Sie sofort verfügbar und einsatzbereit?*

Köle: Ärztliche Mitarbeiter, die zu Beginn der Krisensituation von einer Vortragstätigkeit zurück an ihren Arbeitsplatz kamen, wurden primär in häusliche Quarantäne geschickt und waren daher auch in der Versorgung von Patienten nicht einsetzbar. Sie waren auch verpflichtet, sich bei der Gesundheitsbehörde zu melden, bzw. sie wurden vom Ministerium dahingehend registriert, dass sie aus einem Gebiet kommen, in der die Infektion bereits ausgebrochen war. Wenn aber in bestimmten Bereichen einige infizierte Mitarbeiter ausfallen, insbesondere in sehr speziellen Bereichen, wie z. B. der Kardiotechnik, dann ist die Aufrechterhaltung der Ver-

sorgung der Patienten gefährdet. In diesen speziellen Fällen hat die Behörde dann dahingehend Ausnahmeregelungen geschaffen, dass diese Mitarbeiter nicht 14 Tage in häuslicher Quarantäne bleiben mussten, sondern bereits früher, unter Einhaltung von speziellen Hygienemaßnahmen, an ihren Arbeitsplatz zurückkehren konnten.

Kröll: Tausende Operationen und Behandlungen wurden in den letzten Monaten nicht durchgeführt. Wartelisten waren schon vor Corona ein Problem, das es abzarbeiten galt, und, soweit ich noch informiert bin, ist das ja auch ganz gut gelungen. Nun kommt es wieder zu einem massiven Stau – wie gehen Sie damit um? Gibt es längere Betriebszeiten in den diversen OP-Einheiten?

Köle: Der Rückstau von Patienten, die sich aufgrund der Pandemie keinen operativen Eingriffen bzw. keinen anderen medizinischen Behandlungen unterziehen konnten, ist erheblich; wobei keine Zahlen genannt werden können, weil man ja nur mit den Zahlen des Vorjahrs mit entsprechender statistischer Unsicherheit vergleichen kann. Grundsätzlich würde ich es auch befürworten, in den OP-Einheiten längere Betriebszeiten einzuführen; dies ist jedoch ein sehr personalintensives Vorhaben, d. h., man müsste mehr Personal einstellen, aber soweit ich informiert bin, fehlen dafür, zumindest zurzeit, die finanziellen Mittel. Aber selbst dann, wenn die Finanzierung gelingen würde, ist es fraglich, ob man in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit ausreichend qualifiziertes Personal finden würde, und dies betrifft ja nicht nur den ärztlichen, sondern auch den pflegerischen Bereich. Man darf aber auch nicht vergessen, dass aufgrund der noch immer geltenden Abstandsregelungen auch die ambulanten und tagesklinischen Bereiche betroffen sind und dass es – selbst wenn die Möglichkeit bestehen sollte, längere Betriebszeiten wahrzunehmen – kaum möglich sein dürfte, wesentlich mehr Patienten einer Operation zuzuführen als vor Ausbruch der Pandemie. Wenn man aufholen möchte, müsste man die Betriebszeiten auf 100 Prozent erhöhen, d. h., man müsste die Operationssäle 16 Stunden pro Tag auslasten. Ich bin davon überzeugt, dass es hier noch entsprechende Vorstöße geben wird, aber diese müssten entweder von der Zentralklinik oder überhaupt von den politisch Verantwortlichen, d. h. von der Gesundheitslandesrätin bzw. dem Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, unternommen werden.

Kröll: In diesem Zusammenhang: In den Medien wurde in den letzten Wochen auch das Nebenbeschäftigungsverbot von Ärzten während dieser Krisenzeit diskutiert und kritisiert. Wie gehen Sie damit um? Finden Sie es richtig, diese Nebenbeschäftigungen zu verbieten? Oder wäre es eine Lösung, Patienten, die auf eine Behandlung warten müssen bzw. mussten, in Ordinationen von als Wahlärzte tätigen Kollegen zu behandeln? Wäre es aus Ihrer Sicht auch eine Möglichkeit, operative Eingriffe von Kollegen dieses Hauses in Privatkrankenanstellen durchführen zu lassen, zumindest so lange, bis die Wartelisten wieder einigermaßen abgearbeitet sind?

Köle: Grundsätzlich ist aus meiner Sicht nichts dagegen einzuwenden, wenn Kolleginnen und Kollegen neben ihrer klinischen Tätigkeit in Ordinationen oder auch in Privatkrankenanstellen tätig sind. Aber man muss auch hinzufügen, dass in Zeiten des Shutdowns auch die Privatkrankenanstellen ihre Leistungen heruntergefahren haben. Auch diese Krankenanstellen hatten dieselben Auflagen wie alle anderen Kliniken und Krankenhäuser und haben daher nur dringliche Patienten bzw. Notfälle behandelt. Bezüglich Wahlarztordinationen: Aus meiner Sicht dürften die Warteräume in diesen Praxen nicht so gestaltet sein, dass man tatsächlich sehr viele Patienten untersuchen kann. Aber als ärztlicher Direktor des Klinikums ist es mir lieber, dass man Patienten, die auf einer Warteliste stehen, im LKH-Universitätsklinikum behandelt und betreut, anstatt dies in einer Privatkrankenanstalt zu tun.

Kröll: Wie erklären Sie Patienten, die bereits vor der Covid-19-Pandemie sehr lange auf einen operativen Eingriff warten mussten, dass es jetzt noch länger dauern wird? Wie geht man als Arzt damit um, dass solche Menschen entweder wesentlich längere Zeit an starken Schmerzen leiden müssen (ich denke dabei an orthopädische Operationen) oder dass sie sogar auf einer Warteliste versterben werden (ich denke dabei an Herzoperationen)?

Köle: In diesem Zusammenhang ist es nur möglich, die betroffenen Patienten dahingehend zu informieren, dass alles getan wird, um sie so rasch als möglich zu behandeln. Man kann die Patienten um Verständnis bitten und hoffen, dass sie dies akzeptieren. Die Krisensituation und damit die Verschiebung von Operationen und medizinisch erforderlichen Behandlungen ist ja nicht hausgemacht, sondern wurde von außen in unser Land, in unsere Stadt, in unser Krankenhaus hineingetragen.

Kröll: War es aus Ihrer Sicht richtig, diese Maßnahmen zu setzen, oder hätte möglicherweise ein weniger restriktives Vorgehen ebenfalls zum gleichen Erfolg geführt?

Köle: Die Maßnahmen, die von der Bundesregierung getroffen und angeordnet wurden, waren korrekt. Es wurde meiner Meinung nach von allen Verantwortlichen korrekt gehandelt: seitens der Regierung, seitens der KAGes, aber auch seitens der Medizinischen Universität Graz. Sollte es wieder einmal zu einer solchen Krisensituation kommen, kann man nur empfehlen, vor allem was den Krankenhausbereich betrifft, mehr oder weniger in gleicher bzw. ähnlicher Weise bei der Bewältigung vorzugehen. Man hat aber auch sehr viel gelernt hinsichtlich der Bereitstellung von Schutzausrüstungen und Desinfektionsmitteln.

Kröll: Nun scheint ja die Krise langsam wieder vorbei zu sein und alle sind dabei, die Systeme wieder hochzufahren. Wie läuft das in Ihrem Verantwortungsbereich? Sind Sie aus ärztlicher Sicht wieder im Vollbetrieb oder sind Sie erst langsam dabei, wieder das gesamte Spektrum medizinischer Leistungen des Krankenhauses anzubieten?

Köle: Der Betrieb unseres Klinikums ist weitgehend hochgefahren, wir laufen bereits seit längerem im Vollbetrieb. Reduktionen ergeben sich selbstverständlich noch aus den einzuhaltenden Vorsichtsmaßnahmen in Ambulanzen, Wartebereichen etc., aber ich bin überzeugt, dass etwa Mitte Juni der Betrieb wieder vollständig hochgefahren sein wird.

Kröll: Und was haben Sie persönlich für sich, für Ihr privates Umfeld, aber auch für Ihren Verantwortungsbereich innerhalb des Klinikums mitgenommen? Gibt es etwas, das Sie ändern möchten oder ändern werden?

Köle: Da gibt es vieles, was ich für mich persönlich aus der Krise gelernt habe. Ein wichtiger Aspekt ist die Form der Kommunikation: Ich bin überzeugt, dass man an der Krisenkommunikation einiges verbessern kann. Ich bin auch überzeugt, dass eine Digitalisierungsinitiative stattfinden muss, teilweise auch schon stattfindet; ich bin überzeugt, dass das LKH-Universitätsklinikum die Rolle als Zentralkrankenhaus sehr gut wahrgenommen hat, aber eine weitere Stärkung benötigt, um in Zukunft selbstständiger agieren zu können. Möglicherweise haben die Vorstände und Abteilungsleiter eine andere Einstellung zu zentralen Vorgaben, damit sind aber nicht jene des Direktoriums des Klinikums gemeint. Die meisten Gedanken und Argumente, die von den Klinikvorstän-

den gekommen sind, waren sehr wertvoll und mussten auch intern abgestimmt werden; da komme ich wieder auf die Kommunikation in der Krise zurück – da ist die Medizin ein wenig zu kurz gekommen. Es wurden sehr viele Vorgaben hinsichtlich der Hygiene und von Infektiologen gemacht, aber es gibt auch ausreichend Experten im LKH-Universitätsklinikum Graz, die man bei der Lösung dieser Fragen mit hineinnehmen hätte sollen und können.

Kröll: Wenn man jetzt zusammenfassend vom Worst-Case-Szenario ausgeht, dass noch einmal eine solche Pandemie auftritt, bevor ein Impfstoff dagegen entwickelt worden ist: Ist alles innerhalb Ihres Verantwortungsbereiches gut gelaufen, gibt es irgendeinen Bereich oder eine Situation, von der Sie sagen würden, hier haben wir noch Verbesserungspotential? Oder andersherum: Standen Sie in Kontakt mit anderen Krankenanstalten, innerhalb oder auch außerhalb der Steiermark und Österreichs, und haben Sie sich bezüglich des Vorgehens in der Krise ausgetauscht? Falls das stattgefunden hat: Gab oder gibt es Ansätze, die Sie in Ihrem Verantwortungsbereich übernehmen würden, bzw. haben jene Verantwortlichen, mit denen Sie Kontakt hatten, bekundet, Vorgehensweisen, wie sie in unserem Krankenhaus durchgeführt wurden, zu übernehmen bzw. zumindest auf ihre Verhältnisse zu adaptieren?

*Köle: Ich bin überzeugt, dass man, falls es erneut zu einer derartigen Situation kommt, besser vorbereitet sein muss, zumindest innerhalb des Klinikums, hinsichtlich der stationären Versorgung, aber auch hinsichtlich der Behandlung von Patienten auf Intensivstationen. Wir benötigen aus meiner Sicht eine höhere Anzahl an Betten auf *Intermediate Care Units*, die derzeit jedoch nicht verfügbar sind; in diesen Fällen fehlt uns die Infrastruktur vollkommen. Aus meiner Sicht kann man eine Pandemie nicht im Spital bekämpfen, eine Pandemie muss außerhalb eines Krankenhauses bekämpft und besiegt werden. Ich sehe es auch kritisch, dass man ganze Krankenhäuser als Infektionsspitäler vorsieht. Denn infizierte Patienten könnten auch in Krankenanstalten einer niedrigeren Stufe als in einem Zentralkrankenhaus, also in Standardkrankenhäusern, behandelt werden.*

Kröll: Vielen Dank an die Mitglieder des Direktoriums, dass Sie sich in dieser schwierigen und herausfordernden Zeit, in der Sie selbst mit Arbeit und Problemen zugeschüttet sind, dennoch die Zeit genommen haben, eine Vielzahl von Fragen zu beantworten!

Der Umgang mit COVID-19 in einer Sonderkrankenanstalt. Erfahrungen der Albert-Schweitzer-Klinik als Teil der Geriatrischen Gesundheitszentren Graz (GGZ)

*Walter Schippinger, Gerald Pichler, Hartmann J. Hohensinner,
Annika Thonhofer, Karin Gubisch – befragt von Wolfgang Kröll*

Interview-PartnerInnen:

Prim. Prof. Priv.-Doz. Dr. *Walter Schippinger*, MBA (Ärztlicher Direktor),

Prim. Dr. *Gerald Pichler*, MSc (Leiter der Abteilung für Neurologie),

DGKP *Hartmann Jörg Hohensinner*, MBA, MSc
(Pflegedienstleiter der Albert-Schweitzer-Klinik),

DGKP *Annika Thonhofer*,
(Departmentleitung/Pflege der Apallic Care Unit),

DGKP *Karin Gubisch*.

I. Einleitung

Die Albert-Schweitzer-Klinik ist eine Sonderkrankenanstalt mit 325 stationären Betten sowie tagesklinischen Versorgungsplätzen. Dieses Klinikum gliedert sich in folgende Bereiche:

- Abteilung für Innere Medizin,
- Abteilung für Neurologie,
- Abteilung für medizinische Geriatrie und
- das Albert-Schweitzer-Hospiz.

Innerhalb dieser Bereiche werden für die Patientinnen und Patienten folgende Versorgungsbereiche angeboten:

- stationäre und tagesklinische Akutgeriatrie/Remobilisation,
- Remobilisation und Nachsorge,
- Department Wachkoma (Station für Akutnachsorge und Station für Langzeitförderpflege),
- Betreuung von Menschen mit Demenz (Memory Klinik),

- palliative Geriatrie (geriatrische Komplexbehandlung),
- Palliativbetreuung im stationären Hospiz und Tageshospiz.

II. Fragen an Walter Schippinger, Gerald Pichler und Jörg Hohensinner

Wolfgang Kröll:

Ein Krankenhaus der Primärversorgung hat zwar im Gegensatz zu eurem Klinikum andere Probleme im Zusammenhang mit einer Krise, aber es besteht zumindest die Möglichkeit, das operative Programm weitgehend herunterzufahren und geplante medizinische Behandlungen, zumindest solange sie nicht akut werden, auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Das ist ja bei euch nicht möglich. Ihr könnt nicht Patienten, die an einer schweren Demenz leiden oder aus anderen Ursachen kognitiv sehr stark eingeschränkt sind, nicht behandeln. Diese Patienten benötigen jeden Tag euren vollen Einsatz und eure volle Aufmerksamkeit. Sie benötigen jeden Tag ihre Behandlung, und dies nicht im Sinne von Social Distancing. Wie seid ihr mit diesen Problemen umgegangen? Wie habt ihr euch im Umgang mit euren Patientinnen und Patienten, aber auch mit den Angehörigen, die ja gerade bei diesen Patienten eine wesentliche Rolle spielen, verhalten? Wie habt ihr die Empfehlungen des Gesundheitsministeriums umgesetzt und trotzdem eure Patienten optimal behandelt?

Walter Schippinger:

Tatsächlich war und ist es unser besonderes Anliegen, die chronisch kranken Patienten, die in der Albert-Schweitzer-Klinik behandelt und betreut werden, einerseits optimal vor einer Infektion mit dem Corona-Virus zu schützen und andererseits auch die medizinische Behandlung in keiner Weise zu vernachlässigen. Es war in dieser Zeit, in der unsere Patienten keine Besuche empfangen durften, sogar besonders notwendig, dass wir den persönlichen Kontakt zum Patienten und die emotionale Begleitung unserer Patienten besonders verstärkten. Besonders gefordert war der psychologi-

sche Dienst, aber wir haben auch die Zeiten der Visiten verlängert, um Deprivation und Isolation der uns vertrauenden Menschen zu verhindern. Dennoch ist tatsächlich der Besuch der Angehörigen, gerade bei sehr alten Menschen, durch nichts zu ersetzen. Gerade aus diesem Grund haben wir auch den Besuch dieser Patienten so früh als möglich wieder erlaubt, dies aber unter Einhaltung sehr intensiver Schutzmaßnahmen für alle Betroffenen. D.h., wir haben darauf geachtet, dass das Tragen von Schutzmaßnahmen exakt eingehalten wird und dass die geforderten Desinfektionsmaßnahmen durchgeführt worden sind. Wir haben auch darauf geachtet, dass zwischen den Besuchern und den Patienten der geforderte Mindestabstand eingehalten wurde.

Jörg Hobensinner:

Heute und in den letzten Monaten sind und waren wir im Hinblick auf gute Kommunikation sehr gefordert, nicht nur innerhalb unserer Klinik, sondern auch nach außen. Trotzdem konnten wir diese schwierige Zeit durch IT-Unterstützung, wie den Einsatz von Telefon- und Videokonferenzen, sehr gut bewältigen. Durch täglich bzw. sogar stündlich neue Informationen und Handlungsanweisungen der Bundesregierung, der Landesregierung und des Magistrates Graz war rasche Informationsweitergabe ein wichtiges Instrument für ein gutes Gelingen unserer Arbeit. Für die Leitung der Klinik war es essenziell, mit neuen Informationen effizient an alle MitarbeiterInnen der Klinik sowie der Pflegewohnheime durchzudringen. Für unser vulnerables Patientenkontinuum war es sehr wichtig, Kontakt zu den Angehörigen zu halten. Doch auch das konnte durch die Nutzung moderner Technik wie Skype, Tablets oder Augensteuerungsgeräte gewährleistet werden.

Gerald Pichler:

Unsere Patienten – Menschen mit Demenz, kognitiv hochgradig eingeschränkte und sehr alte Menschen – zählten zur Risikogruppe dieser Pandemie. Das war uns von Beginn an klar und wir wussten, dass wir diese Patienten auch im Erkrankungsfall nicht in andere Krankenhäuser verlegen hätten können. Natürlich ist uns die Rolle und Bedeutung der Angehörigen bewusst, und deshalb war unsere Hoffnung, dass durch das Besuchsverbot keine Verschlechterung im Befinden der Patienten auftritt. Der subjektive Eindruck unserer Behandlungsteams war, dass es auf den Stationen eigentlich sehr ruhig war und dass auch ausreichend Zeit für unsere Patienten zur Verfügung stand. Dies hat möglicherweise sogar zu einer Verbesserung der Behandlungsqualität geführt. Verschlechterungen im Befinden der uns anvertrauten Patienten wurden keine festgestellt, auch nicht bei Menschen mit Demenz. Wir konnten bei diesen Patienten sogar eine Reduktion der Verhaltensauffälligkeiten feststellen, zumindest haben wir das subjektiv so empfunden.

Wolfgang Kröll:

Bezogen auf euere Patienten: Waren die Empfehlungen und Präventivmaßnahmen, die die Regierung erlassen hat, aus eurer Sicht sinnvoll und hilfreich, oder waren sie vielleicht gerade in eurem Setting überhaupt nicht umsetzbar?

Walter Schippinger:

Die Präventivmaßnahmen, wie sie von der Bundesregierung vorgegeben wurden, waren aus meiner Sicht sowohl in ihrer Intensität als auch im Hinblick auf den gewählten Zeitpunkt vollkommen richtig gewählt. Den Schutz der Patienten in altersmedizinischen Betreuungseinrichtungen wie der Albert-Schweitzer-Klinik mitzutragen, war gerade in der Anfangsphase der Pandemie nicht leicht, nicht nur für Besucher, sondern auch für externe Dienstleister, wie z.B. Zeitungsausträger oder Fußpfleger. Aus meiner Sicht ist es der Bundesregierung gelungen, der Bevölkerung die Schwere dieser Infektion verständlich zu machen,

sodass dann in der Folge sowohl bei den Patienten und deren Angehörigen als auch bei externen Dienstleistern eine hohe Akzeptanz für die erforderlichen Schutzmaßnahmen bestand und diese dann auch von allen entsprechend mitgetragen wurden.

Jörg Hobensinner:

In der Albert-Schweitzer-Klinik waren wir in den letzten 15 Jahren immer wieder mit verschiedensten multiresistenten Erregern und den damit verbundenen Herausforderungen konfrontiert. Daher war es für uns relativ leicht möglich, die Präventiv- und Schutzmaßnahmen der Bundesregierung umzusetzen. Zudem konnten wir uns auf das Verständnis unserer Mitarbeiter im Hinblick auf diese Maßnahmen verlassen und hatten auch ausreichend Schutzkleidung, Masken und Desinfektionsmittel in unserer Klinik verfügbar. Dieses Vorwissen diente uns in dieser schwierigen Situation sehr, einerseits im Umgang unserer MitarbeiterInnen mit den PatientInnen, aber auch im Umgang unsere MitarbeiterInnen mit den besuchenden Angehörigen.

Gerald Pichler:

Aus meiner Perspektive ist dem Gesagten nichts mehr hinzuzufügen. Es waren in jeder Hinsicht klare Anweisungen, deren Einhaltung natürlich am Beginn der Krise sehr fordernd waren, handelte es sich doch um Eingriffe in die persönliche Freiheit jedes Einzelnen. Aber wie man nun retrospektiv feststellen kann, waren diese Maßnahmen sinnvoll, und sie haben aus meiner Sicht zu einem guten Ergebnis geführt.

Wolfgang Kröll:

Die Krise scheint vorbei zu sein. Retrospektiv betrachtet: Konntet ihr eure Patienten mehr oder weniger genauso adäquat versorgen, wie ihr es auch außerhalb der Pandemie gemacht hättet? Wenn ihr dieses Szenario, das ja leider Realität war, heute noch einmal wiederholen könntet, würdet ihr in derselben Situation gleich handeln? Habt ihr, zumindest für euch betrachtet und unter der Prämisse, alles optimal umzusetzen, Fehler gemacht, bzw. war es möglich, ohne Verlust den

Behandlungsstandard einzuhalten? Inwieweit haben Schutzkleidung und Schutzmasken den Kontakt, der gerade auch bei euren Patienten enorm wichtig ist, beeinträchtigt? Was würdet ihr anders machen, wenn diese Krise noch einmal auf uns zukommen würde?

Walter Schippinger:

Es war erstaunlich, wie unsere Organisation die meisten ihrer Versorgungsprozesse innerhalb kürzester Zeit, eigentlich innerhalb weniger Tage, verändert hat. Prozesse, die im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Risikomanagementprozessen über lange Zeit entwickelt worden waren, konnten innerhalb kürzester Zeit an diese neuen Bedürfnisse adaptiert werden. Und wir sind auch jetzt gemeinsam zu der Erkenntnis gelangt, dass wir alle Prozesse, die wir während der Krise adaptiert oder entwickelt haben, auch heute wieder so durchführen würden. Wir haben es gemeinsam geschafft, all unsere Patienten in der Albert-Schweitzer-Klinik vor einer COVID-19-Infektion zu schützen, Verdachtsfälle, auch solche von Mitarbeitern, rechtzeitig zu erkennen und diese gemeinsam mit dem Gesundheitsamt rasch zu isolieren, sodass keiner unserer Patienten in der Albert-Schweitzer-Klinik an COVID-19 erkrankte. Was wir heute anders machen würden, wäre, dass wir unsere Mitarbeiter vom ersten Tag der Krise an mit Schutzausrüstungen nachhaltig versorgen würden. Das war zwar grundsätzlich auch von Beginn der Krise an möglich, aber der Nachschub an Schutzmasken und Schutzkleidung stellte insofern eine große Herausforderung dar, als natürlich auch viele andere Krankenanstalten und Gesundheitseinrichtungen erhöhten Bedarf an diesen Materialien hatten. Wir haben aber hoch qualitative Vorräte angesammelt, sodass wir jetzt auf eine Krise noch besser vorbereitet wären.

Jörg Hohensinner:

Durch die ärztliche Leitung der Albert-Schweitzer-Klinik haben wir rasch einen sehr gut funktionierenden Corona-Stab einberufen, der effizient und effektiv gearbeitet hat. Zurzeit befinden wir uns in der Aufarbeitungsphase, um aus all den getroffenen Maßnahmen zu lernen, was gut bzw. weniger gut funktioniert hat. Aus diesem Erfahrungsschatz beginnen wir nun mit der Evaluierung der Prozesse, um im Fall einer erneuten Krisensituation noch professioneller handeln zu können.

Gerald Pichler:

Wir konnten in der Krise unsere Patienten zumindest gleich gut versorgen wie vor Ausbruch der Pandemie. Es gab jedoch Verschiebungen im Behandlungsangebot; d.h., es gab weniger stationsübergreifende therapeutische Behandlungsangebote. Diese waren in der Krise aufgrund der Ansteckungsgefahr nicht sinnvoll, aber es gab sicherlich ausreichend Ressourcen für eine anhaltend hochqualitative pflegerische und medizinische Versorgung. Irritiert waren die Patienten zu Beginn durch die Schutzmasken und die Schutzkleidungen der Mitarbeiter, aber die Patienten gewöhnten sich rasch daran, sodass es auch aus dieser Perspektive zu keiner Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes unserer Patienten gekommen ist. Abschließend ist festzustellen, dass es zu keinen Verschlechterungen der Patientenverläufe durch die Krise in unserer Klinik gekommen ist. Wir sind uns auch sicher, dass wir bei einem neuerlichen Ausbruch der Infektion im Wesentlichen dieselben Schritte setzen würden.

Wolfgang Kröll:

Wenn ihr die Möglichkeit hättet, Empfehlungen im Umgang mit Menschen, wie sie euch anvertraut sind, abzugeben, wie würden diese im konkreten Fall ausschauen?

Walter Schippinger:

Gut bewährt hat sich in der Krise, dass wir innerhalb der Albert-Schweitzer-Klinik ein sehr dichtes Informations- und Kommunikationsnetz aufgebaut haben. Natürlich kam es durch die Umstellung all unserer Abläufe, durch die Besuchsverbote und die Verpflichtung, Schutzmasken zu tragen, zu Verunsicherungen bei den Patienten und zu Fragen; und um diese Fragen möglichst rasch und effektiv beantworten zu können, haben wir in der Albert-Schweitzer-Klinik mehrere Hotlines eingerichtet für Hygienefragen, für dienstrechtliche Fragestellungen, insbesondere im Zusammenhang mit Homeoffice, zu pflegerischen Fragen, zu psychologischen Themenstellungen etc. Und all diese Hotlines waren von Experten besetzt, die dafür auch freigestellt waren – und das sieben Tage in der Woche. So ist es uns auch gelungen, dass Fragen von Mitarbeitern auf den unterschiedlichen Stationen durch kompetente Experten sehr rasch und umfassend beantwortet werden konnten, und dadurch konnten auch Gerüchtebildungen und Verunsicherungen vermieden werden, indem wir Informationen sehr proaktiv zur Verfügung stellten.

Etwas, was wir aus der Krise auch gelernt haben und was wir auch weiter umsetzen werden, ist die Erkenntnis, dass der bezüglich COVID-19-Ansteckung ungefährlichste Raum im Garten und in den Höfen ist; und wir sind gerade dabei, viele Veranstaltungen, Treffen etc. in die Höfe der Klinik zu verlegen. Aus Studien ist ja bekannt, dass, selbstverständlich unter Einhaltung gewisser Vorsichtsmaßnahmen, eigentlich dies die ungefährlichsten Veranstaltungen sind.

Jörg Hohensinner:

Eine Empfehlung, die ich heute aus meiner Perspektive während COVID-19 abgeben möchte, ist, dass die Gesellschaft aus dieser Krise lernen sollte, wie wertvoll Leben ist und wie wichtig es ist, dieses zu schützen. Das Leben ist einzigartig und unwiederbringlich. Wir haben nur dieses eine – hier müsste erkannt werden, dass dieses wohl wesentlich wichtiger ist als alles Geld dieser Welt.

Gerald Pichler:

Wir haben in der Zeit des Besuchsverbotes gelernt, dass es dennoch möglich ist, einen guten Kontakt zwischen Patienten und Angehörigen herzustellen. Dies wurde einerseits durch intensiven Telefonkontakt und andererseits durch die Möglichkeit, mittels Skype zu kommunizieren, erreicht. Wir haben dabei die Erfahrung gemacht, dass auch diese eher unpersönlichen Kontaktmöglichkeiten zur Beruhigung der Patienten beigetragen haben. Dadurch konnten auch Ängste der Angehörigen zerstreut werden.

Wolfgang Kröll:

Personal ist immer eine knappe Ressource. Im Gegensatz zu einem Krankenhaus der Primärversorgung konntet ihr keinen Shutdown in der Versorgung vornehmen. Haben sich Mitarbeiter von euch mit Corona infiziert? Und wie konntet ihr einen etwaigen Ausfall von kranken Mitarbeitern über einen längeren Zeitraum kompensieren, ohne dass es zu einer nicht-adäquaten Versorgung und Betreuung eurer Patienten kam?

Walter Schippinger:

Unsere Strategie zur Erhaltung der Personalstände während der Krise war ein ganz scharfer Präventionskurs. Wir wollten auch durch Eigenmaßnahmen potenziell Infizierte – auch unter den Mitarbeitern – so früh als möglich erkennen, damit sie mit anderen Kollegen, aber auch mit Patienten nicht in Kontakt kommen können. Wir haben dazu gleich am Beginn der Krise ein Gesundheits-Selbstassessment eingeführt. Alle Mitarbeiter mussten, bevor sie in den Dienst kamen, zuhause ihre Körpertemperatur messen und eine Checkliste, die Symptome einer möglichen COVID-19-

Infektion beinhaltet, durchgehen. Wenn sich dabei auch nur der geringste Verdacht auf eine Infektion ergab, dann mussten sie zuhause bleiben und den Dienstgeber kontaktieren, und dann wurde bei diesem Mitarbeiter eine COVID-19-Testung durchgeführt. Die Mitarbeiter mussten bis zu einem negativen Testergebnis zuhause bleiben, und so schafften wir es, dass kein Mitarbeiter das Virus in die Albert-Schweitzer-Klinik einschleppte. Bereits bei den geringsten Symptomen, wie z.B. Kopfschmerzen, durften die Mitarbeiter zuhause bleiben und wir haben einen Test veranlasst. Erst bei einem negativen Testergebnis und Symptomfreiheit durfte der Mitarbeiter dann wieder in den Dienst kommen. So konnten wir ohne Personalausfälle die Krise überstehen.

Jörg Hohensinner:

Durch die rasche Umsetzung der im Corona-Stab besprochenen Maßnahmen sowie den Einsatz technischer Hilfsmittel, wie Telefon- und Videokonferenzen, wurde das Einschleppen von SARS-CoV-2 in die Albert-Schweitzer-Klinik verhindert. Unter anderem arbeiten wir aber auch schon seit etwa zehn Jahren an agilen Führungssystemen. Wir versuchen weg von der klassischen Hierarchie und hin zur Eigenverantwortung zu gehen. Es ist ein essenzielles Element, dass jeder Mitarbeiter in Eigenverantwortung mit seiner Gesundheit gut umgeht und ein Selbstassessment durchführt, um die PatientInnen, die im Mittelpunkt unseres Handelns stehen, auch schützen zu können. In hierarchischen Systemen geben die MitarbeiterInnen gerne die Verantwortung an den Vorgesetzten ab. In agilen Managementsystemen, in denen Eigenverantwortung gelebt werden darf (und muss!) und Selbstentwicklung im Mittelpunkt steht, hat man kompetente MitarbeiterInnen, die dann in Eigenverantwortung zum Wohl der ihnen vertrauenden PatientInnen den Ablauf von Prozessen mitübernehmen. Wir sind überzeugt, dass die Entwicklungsmaßnahmen, die wir

in den letzten zehn Jahren implementiert haben, wesentlich zum Erfolg der Bewältigung der Krise beigetragen haben.

Gerald Pichler:

Für mögliche Verdachtsfälle haben wir in der Klinik eine eigene Isolierstation vorgesehen. Wir hatten aber glücklicherweise keine mit dem Virus infizierten Patienten und auch nur wenige Verdachtsfälle. Im Vergleich zu einem Akutspital hatten wir keine Möglichkeit, viele Mitarbeiter freizustellen, und es gab auch keine Möglichkeit, Patienten irgendwo anders hin zu transferieren. Somit waren die Langzeitstationen sehr gut ausgelastet.

III. Fragen an Annika Thonhofer und Karin Gubisch

Wolfgang Kröll: *Sie sind noch nicht sehr lange als diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin tätig: Wie haben Sie für sich persönlich, für ihre Familie, aber auch für ihre Patientinnen und Patienten diese Situation erlebt?*

Karin Gubisch: Persönlich hat mich diese Krise nicht besonders betroffen; meine Eltern sind noch jung und somit auch keiner Risikogruppe zuzurechnen. Beruflich konnte ich jedoch schon erfahren, dass die angeordneten Schutzmaßnahmen und auch die Besuchsverbote besonders für die Angehörigen eine große Herausforderung dargestellt haben.

Annika Thonhofer: Für mich persönlich war diese Krise eine Situation, die ich so noch nie erlebt habe; für mich persönlich war die plötzliche Umstellung mit zwei schulpflichtigen Kindern, die plötzlich zu Hause waren und keinen Kontakt mehr mit ihren Freunden hatten, eine große Herausforderung. Für die Patienten hingegen war es vielleicht sogar ein Vorteil, weil es im Klinikum sehr ruhig war und die Patienten diese Ruhe auch genossen haben. Des Weiteren war es eine Herausforderung, den Kontakt zu den Angehörigen aufrechtzuerhalten – wir haben die Angehörigen mit technischen Hilfsmitteln wie Skype oder unserem MyTobii (Augensteuerungsgerät) gut einbeziehen und abholen können.

Wolfgang Kröll: *Aus ihrer Perspektive: Waren die von der Bundesregierung verordneten Maßnahmen überschießend oder finden Sie, dass sie dem Umstand entsprechend adäquat waren?*

Karin Gubisch: Grundsätzlich bin ich schon der Meinung, dass die Anordnungen der Bundesregierung zum richtigen Zeitpunkt getroffen worden sind; obwohl man auch sagen muss, dass manche Anordnungen nachvollziehbar, andere hingegen nicht unbedingt nachvollziehbar sind. Insbesondere die Abstandsregelungen und das Tragen von Schutzmasken können von den Angehörigen der Patienten nicht mehr nachvollzogen werden, denn einerseits ist diese Pflicht jetzt allgemein aufgehoben, in den Krankenanstalten jedoch gilt sie

dennoch weiterhin; diese Diskrepanz ist schwer verständlich zu machen und stellt momentan eine große Herausforderung für das Pflegepersonal dar. Aber insgesamt betrachtet waren die angeordneten Maßnahmen und Empfehlungen der Bundesregierung absolut korrekt und adäquat.

Annika Thonhofer: Ich finde auch, dass die österreichische Bundesregierung die Maßnahmen absolut korrekt und rechtzeitig gesetzt hat; ich habe durch meine Familie den Vergleich zu Deutschland, wo die Infektionen doch eskaliert sind, weil Maßnahmen aus meiner Sicht viel zu spät gesetzt worden sind – auch im Gesundheits- und Pflegebereich.

Wolfgang Kröll: *Konnten Sie sich privat und auch beruflich ausreichend durch Masken und Schutzkleidung vor einer Infektion schützen?*

Karin Gubisch: Wir hatten am gesamten Klinikum immer ausreichend Masken und Schutzanzüge zur Verfügung; aufgrund der bereits erwähnten Tatsache, dass wir vor längerer Zeit ein Problem mit MRSA hatten, stellten Schutzkleidung und Präventivmaßnahmen für die Pflege kein besonderes Problem dar. Privat aber war ich dann froh, wenn ich zu Hause die Maske ablegen konnte; private Einkäufe habe ich in dieser Zeit eigentlich kaum durchgeführt.

Annika Thonhofer: Wir waren immer geschützt, hatten ausreichend Material zur Verfügung und konnten auf eine hervorragende Logistik hinsichtlich des Einkaufs und der Verwaltung von Masken und Schutzanzügen zurückgreifen. Wir standen immer im engen Kontakt mit der Logistik und unserem Einkauf und waren so zu jeder Zeit über Lagerbestände und verfügbare Schutzausrüstung informiert. Schutzausrüstung war auch zu jedem Zeitpunkt ausreichend vorhanden.

Wolfgang Kröll: Waren Sie von der Pflegeleitung resp. von der Stationsleitung einerseits ausreichend informiert, andererseits ausreichend unterstützt, oder was würden Sie sich, falls es wieder einmal zu einer derartigen Krisensituation kommt, anderes wünschen?

Karin Gubisch: Wir Pflegende wurden sowohl von der Pflegedienstleitung als auch von der Stationsleitung laufend und ausreichend informiert und unsere Wünsche und Vorstellungen immer wahrgenommen und gehört. Was ich mir dennoch anders wünschen würde? Dazu eine Aussage zu machen, ist aus meiner Sicht verfrüht, weil meiner Meinung nach die Pandemie noch nicht vorbei ist, zumindest nicht im Gesundheitswesen.

Annika Thonhofer: Auch die Stationsleitungen waren durch tägliche Telefonkonferenzen, die von der Pflegedienstleitung veranlasst worden sind, ausreichend und immer aktuell über die jeweilige Situation informiert. Etwas schwieriger war es, diese Informationen zeitnah an das gesamte multiprofessionelle Team weiterzugeben. Das ergibt sich daraus, dass wir einerseits ein sehr großes Team sind und sich andererseits unser Department über zwei Stockwerke erstreckt. Aber auch das hat sehr gut funktioniert. Grundsätzlich bin ich überzeugt, dass wir es bis jetzt sehr gut gemacht haben und dass dies auch weiterhin so komplikationslos und flexibel erfolgen wird.

Wolfgang Kröll: Was haben Sie für sich persönlich aus der Krise gelernt?

Karin Gubisch: Persönlich habe ich aus der Krise gelernt, dass nicht nur auditive, sondern auch visuelle Wahrnehmung im Umgang mit Menschen besonders wichtig ist; und als Pflegende sind wir der Organisation dankbar, dass wir Skype und andere Kommunikationsmöglichkeiten zur Verfügung hatten, denn diese wurden auch von den Patienten und Angehörigen sehr gut angenommen.

Annika Thonhofer: Also in Zeiten wie diesen lernt man Digitalisierung sehr zu schätzen. Damit war es möglich, mit den Angehörigen immer in engem Austausch zu bleiben. Wir haben in dieser Zeit nie den Kontakt zu den Angehörigen verloren. Außerdem war es so möglich, per Mail, Telefonkonferenzen und Videokonferenzen Informationen schnell zu erhalten, aber auch weiterzugeben.

Wolfgang Kröll: Abschließend möchte ich mich bei allen beteiligten Personen sehr herzlich bedanken, einerseits für die Möglichkeit des Interviews und andererseits für die sehr kurzfristige Terminplanung. Ich wünsche Ihnen sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Albert-Schweitzer-Klinik weiterhin alles Gute und viel Erfolg bei Ihren Aufgaben.

Corona im Pflegeheim. Ein Erfahrungsbericht aus der Praxis

Barbara Derler und Brigitte Pichler – befragt von Johann Platzer

Im Rahmen der aktuellen „Corona-Krise“ ist vor allem den Pflegewohnhäusern eine hohe Aufmerksamkeit zuteilgeworden. Wie in vielen anderen Ländern kam es auch in Österreich in Alten- und Pflegeheimen zu Clusterhäufungen von Covid-19-Erkrankungen. Davon waren nicht nur BewohnerInnen, sondern auch alle MitarbeiterInnen und Angehörige direkt oder indirekt betroffen.

Im Bundesland Steiermark ist das Corona-Virus bislang in 28 (von insgesamt 223) Pflegeheimen aufgetreten. Von den insgesamt bundeslandweit 147 Todesfällen im Zusammenhang mit Covid-19 stammen 82 Personen aus steirischen Pflegeeinrichtungen (Stand: 27.05.2020). Auch im südoststeirischen Pflegeheim Zerlach waren sowohl BewohnerInnen als auch Pflegende an Covid-19 erkrankt. In einem Interview mit Johann Platzer schildern Hausleiterin Brigitte Pichler und Pflegedienstleiterin Barbara Derler ihre beruflichen und persönlichen Erfahrungen während dieser Zeit.

Platzer: *Frau Derler, Sie wurden vor einiger Zeit positiv auf das Corona-Virus getestet. Wie geht es Ihnen heute und wie ist es Ihnen während Ihrer Erkrankung ergangen?*

Derler: Derzeit geht es mir gut, danke! Als ich vor einigen Wochen einen leichten Schnupfen bekam, dachte ich zuerst, dass meine Allergie wieder auftritt. Diese versuchte ich dann auch medikamentös zu behandeln. Plötzlich verlor ich dann aber auch meinen Geschmacks- und Geruchssinn. Das kam mir dann gleich verdächtig vor – und dieser Verdacht hat sich dann durch das Testergebnis bestätigt.

Platzer: *Was waren Ihre größten Ängste und Sorgen, als Sie erfahren haben, dass auch Sie mit dem Corona-Virus infiziert sind?*

Derler: Meine erste Sorge galt dem Pflegeheim: Wer ist alles angesteckt? Wie gefährlich ist das Virus für die BewohnerInnen und KollegInnen? ... Dann hatte ich natürlich um meine Familie Angst: Habe ich sie schon infiziert? Wie wird das nun weitergehen? ... Und erst dann begann ich über mich selbst nachzudenken: Was passiert jetzt mit mir? Welche Symptome werden noch auftauchen? Ich hatte ja auch eine Nasennebenhöhlenentzündung und verspürte ständig Druck. Da kommen einem dann alle möglichen und unmöglichen Gedanken: Was ist, wenn sich die Verstopfung der Nasennebenhöhle löst und in Richtung Lunge wandert? ... Diese Zeit war alles andere als angenehm. Zum Glück konnte mich unsere Amtsärztin dann etwas beruhigen. Sie hat mir bei der Bewältigung der Situation sehr geholfen. Und die Symptome sind dann nach einigen Tagen auch wieder zurückgegangen.

Platzer: Sie standen dann ja 14 Tage unter Quarantäne. Wie hat Ihr Umfeld im Pflegeheim darauf reagiert?

Derler: Ich war ständig telefonisch oder durch elektronische Medien in Kontakt mit meinen KollegInnen. Diese haben mich immer mit aufmunternden Zusprüchen unterstützt. Allerdings hatten viele von ihnen auch selbst psychische Probleme, vor allem jene, die ebenfalls positiv auf Covid-19 getestet worden sind. Diesen KollegInnen versuchte ich dann von zu Hause aus per Telefon wieder Mut zuzusprechen. Es war und ist für alle KollegInnen eine herausfordernde und schwierige Zeit. Wir versuchen uns immer wieder gegenseitig Stütze und Halt zu geben.

Platzer: Nun aber der Reihe nach: Sie sind als Pflegedienstleiterin für 26 MitarbeiterInnen verantwortlich. Wann ist Ihnen eigentlich zum ersten Mal bewusst geworden, dass es aufgrund eines massiven Anstiegs von Covid-19-Erkrankungen zu einer Pandemie kommen könnte, und welche Gedanken gingen Ihnen damals durch den Kopf?

Derler: Es ist mir ziemlich schnell bewusst geworden, dass dieses Virus für unser Pflegeheim eine große Bedrohung werden könnte. Zunächst hat sich die mediale Berichterstattung ja vor allem um die Krankenhäuser und Arztpraxen und nicht um die Pflegeheime gedreht. Eine Arztpraxis kann geschlossen werden. Aber was ist mit einem Pflegeheim? Das kann

man doch nicht so einfach von heute auf morgen zusperren! Ich kann ja nicht die Angehörigen anrufen und sagen: „Ihr müsst jetzt sofort eure Verwandten abholen!“ All das und noch vieles mehr ging mir damals durch den Kopf.

Platzer: *Frau Pichler, Sie leiten seit etwa 14 Jahren das Pflegeheim Zerlach mit insgesamt 37 BewohnerInnen und über vierzig Mitarbeitenden. Was waren Ihre ersten Gedanken, als die WHO am 11. März 2020 die Covid-19-Krankheit zur Pandemie erklärt hat?*

Pichler: Da waren wir schon mitten in den Überlegungen, was das für uns bedeuten wird und welche vorbeugenden Maßnahmen es für unser Haus zu treffen gilt, um Infektionen zu vermeiden. Es war für uns schon vor der WHO-Erklärung klar, dass das Virus uns ziemlich betreffen wird.

Platzer: *Wann etwa war Ihnen das bereits bewusst?*

Pichler: Die erste Dienstbesprechung dazu hat es schon Anfang März gegeben. Da hat es bereits erste Dienstanweisungen für die MitarbeiterInnen gegeben. Das Schwierige war, dass es keine validen Informationen und Pläne gab, wie wir im Haus damit umgehen sollen. Das war eine völlig neue Situation für alle Beteiligten.

Platzer: *Welche Schutzmaßnahmen haben Sie zunächst für sich selbst und Ihre MitarbeiterInnen getroffen?*

Pichler: Das Allererste war die Anweisung, die eigenen Kontakte zu kontrollieren und Abstand zu halten. Eine Mitarbeiterin war zum Beispiel zu dieser Zeit auf Urlaub in Tirol. Diese ist dann freiwillig 14 Tage zu Hause geblieben. Erst mit der Zeit erhielten wir dann erste Informationen sowie die Anforderung, Schutzkleidung zu organisieren. Dann waren wir wochenlang damit beschäftigt, Desinfektionsmittel, Masken und Schutzkleidung zu organisieren. Das war aber äußerst schwierig, weil zu diesem Zeitpunkt kaum etwas verfügbar war. Auch unsere regelmäßigen Bestellungen wurden auf einmal nicht mehr geliefert.

Derler: Alle KollegInnen haben zunächst ihre notwendigsten persönlichen Sachen von zu Hause mit ins Pflegeheim genommen, denn wir mussten damit rechnen, dort für eine gewisse Zeit isoliert zu werden. Dann haben wir sofort im Eingangsbereich eine Art Barriere mit Desinfektionsmöglich-

keiten aufgebaut, und alle BesucherInnen wurden von uns registriert. Und am 12. März wurde das Pflegeheim dann für Besuche geschlossen. Bei mir zu Hause musste ich erst einmal meine Familie von den zu setzenden hygienischen Schutzmaßnahmen überzeugen. Das war nicht einfach – vor allem wenn es darum ging, die persönlichen Kontakte im Freundeskreis einzuschränken. Da kam es dann auch zu der einen oder anderen Meinungsverschiedenheit.

Platzer: Von wem sind denn die ersten Anweisungen gekommen?

Pichler: Also die ersten Informationen bekamen wir über die Medien. In weiterer Folge erfolgte dann ein Austausch mit anderen Pflegeheimen bzw. KollegInnen. Die ersten offiziellen Informationen sind dann erst um den 11. März vom Land Steiermark gekommen. Das war aber dann bereits die Aufforderung, die Pflegewohnhäuser quasi zu schließen und alle persönlichen Kontakte möglichst einzuschränken. Dann sind auch innerhalb der Caritas zweimal wöchentlich virtuelle Konferenzen eingerichtet worden, in denen sich die Haus- und PflegedienstleiterInnen austauschen konnten.

Platzer: Wie geht man in so einer Situation persönlich mit der Angst vor dem Virus um?

Pichler: Ich hatte nicht viel Zeit, mich zu ängstigen, da ich ständig mit Organisationsarbeiten und Sonstigem beschäftigt war. Ganz schwierig war es für mich auf jeden Fall, die Kontakte mit meiner Familie einzuschränken. Die Verhängung des allgemeinen Lockdowns war dann irgendwie sogar hilfreich. Zuvor konnte ich meinem Umfeld nämlich nur schwer erklären, warum ich ihnen gegenüber derartig auf Distanz gehe bzw. gehen muss.

Derler: Einmal besser, einmal schlechter. Am meisten hat mir in dieser Zeit, wie bereits erwähnt, der Austausch mit den eigenen KollegInnen geholfen; aber auch Kontakte mit KollegInnen aus anderen Pflegeheimen waren äußerst hilfreich. Ich habe dann auch gleich gemerkt, dass mir Gespräche mit Außenstehenden, d.h. mit Menschen, die keinen Einblick in den Alltag eines Pflegeheimes haben, wenig bringen, weil sich einfach niemand in meine Lage hineinversetzen konnte.

Platzer: *Wie kann man in Zeiten maximaler Unsicherheit Sicherheit geben? Und was heißt vor allem „in so einer Situation Vorbild sein“?*

Pichler: Diese Frage habe ich mich auch oft gestellt. Ich habe einfach immer versucht, offen über die zu setzenden Maßnahmen zu sprechen. Darüber hinaus habe ich immer die MitarbeiterInnen nach ihrer Einschätzung und Meinung gefragt. Vorbild sein heißt für mich in solchen Situationen, mich mit der Lage ausführlich auseinanderzusetzen, transparent und offen über die Herausforderungen zu reden und mich möglichst nicht aus der Ruhe bringen zu lassen. Es hilft auch, wenn man sagt: „Ich bin mir auch nicht sicher, wie seht ihr das und was machen wir jetzt?“ Das habe ich oft gesagt. Das heißt: Es kommt wahrscheinlich auf die Form des Umgangs mit Unsicherheiten an.

Derler: So banal es klingen mag, aber man muss in solchen Situationen einfach „funktionieren“ und mentale Stärke zeigen – und persönliche Dinge müssen hintangestellt werden. Man braucht dafür nicht nur einen guten Background – also eine intakte Familie und Freunde –, sondern auch psychische Reserven.

Platzer: *Woran orientierten Sie sich bei den Entscheidungen im Haus? Gab es so etwas wie Leitfäden oder Krisenhandbücher?*

Pichler: Das erste Krisenhandbuch haben wir am 30. März bekommen, und zwar von der ARGE Tirol. Wir hatten das „Glück“ – zumindest aus unserer Perspektive –, dass es in anderen Pflegeheimen bereits früher als bei uns zu Erkrankungen gekommen war. In Tirol hatte man bereits sehr früh ein Krisenhandbuch für die Tiroler Pflegeheime erstellt, und das hatten sie dann österreichweit zur Verfügung gestellt. Dieses war auch das informativste und praxisrelevanteste. Der erste Leitfaden vom Land Steiermark ist dann am 17. April erschienen, und das Krisenhandbuch der Caritas überhaupt erst Ende April. Das war für uns alle viel zu spät, denn der 17. April war genau jener Tag, an dem wir erfahren haben, dass eine erste Bewohnerin von uns positiv auf Covid-19 getestet worden ist. Das heißt, das Virus muss da schon etwa 14 Tage vorher in unserem Haus gewesen sein. Die betroffene Bewohnerin ist nach Ostern ins Krankenhaus transferiert und zunächst negativ auf das Virus ge-

testet worden. Weil sich ihre Symptome nicht gebessert haben, wurden noch weitere Tests durchgeführt, die dann positiv waren. Sie wurde dann vom Krankenhaus auf die Covid-Station verlegt, wo sie dann nach einigen Tagen verstorben ist – mit ziemlicher Sicherheit aufgrund des Corona-Virus.

Platzler: Sind dann alle MitarbeiterInnen und BewohnerInnen sofort getestet worden?

Pichler: Ja! Als klar war, dass die Bewohnerin an Covid-19 erkrankt war, hat sich sofort auch die Amtsärztin gemeldet, und dann sind alle getestet worden. Es ging dann auch sofort um die Kontaktpersonen-Verfolgung, also um die Frage, wer innerhalb eines bestimmten Referenz-Zeitraumes mit welchen Personen Kontakt hatte.

Platzler: Wie ist dann weiter vorgegangen worden?

Pichler: Dann kam es zu einer Klassifizierung der Personen, die mit der Erkrankten Kontakt hatten, in die Risikogruppen eins, zwei und drei. Alle, die zur Risikogruppe eins gehörten, mussten sofort nach Hause in Quarantäne gehen. Davon waren dann gleich zwei Pfllegeteams betroffen. Wir arbeiteten damals nach einem Pandemie-Dienstplan, indem wir die Pflegepersonen in drei fixe Gruppen eingeteilt hatten, um Kontakte untereinander so gut es geht zu reduzieren bzw. zu vermeiden. Auch die Wohnbereiche wurden sofort getrennt. Das hat sich letztlich als sinnvoll erwiesen, da der Großteil der MitarbeiterInnen wieder nach einer bestimmten Zeit aus der Quarantäne zurückkehren konnte, da sie zum Glück nicht infiziert waren.

Platzler: Wie viele MitarbeiterInnen und BewohnerInnen wurden positiv auf das Corona-Virus getestet?

Pichler: In Summe wurden drei MitarbeiterInnen, inklusive der Pflegedienstleiterin, und zwei BewohnerInnen positiv getestet.

Platzler: Welche Maßnahmen wurden nach den ersten positiven Testergebnissen gesetzt?

Pichler: Als wir von einem weiteren positiven Testergebnis einer über 90-jährigen Bewohnerin in Kenntnis gesetzt worden sind, war diese noch bei uns im Haus. Sie befand sich damals in einem schlechten gesundheitlichen Zustand. In un-

seren Augen war sie sterbend. Die Amtsärztin empfahl umgehend eine Verlegung auf die Covid-Station eines Krankenhauses, um das Ansteckungsrisiko zu verringern. Das war eine kritische Situation, weil wir uns alle fragten, ob für diese Bewohnerin eine Verlegung ins Krankenhaus überhaupt noch zumutbar sei. Nach mehreren Gesprächen kamen wir gemeinsam überein, dass die Bewohnerin die erste Nacht noch bei uns im Pflegeheim verbringen solle – natürliche unter besonderen Schutzmaßnahmen. Das Problem war hier die Risikoabwägung. Welcher Wert geht vor: die Gesundheit der restlichen MitbewohnerInnen oder die Situation der betroffenen Bewohnerin? Dieser konnte in dieser Situation einfach kein Transfer zugemutet werden, da sie einen solchen wahrscheinlich nicht überlebt hätte.

Platzer: *Wie ging es dann weiter?*

Pichler: Am nächsten Morgen ging es ihr dann deutlich besser. Sie hatte die erste Fieberkrise also gut überstanden. Sie war dann wieder ansprechbar und agiler. Dann versuchten wir wieder abzuwägen. Letztlich sind wir dann gemeinsam mit der Amtsärztin zur Entscheidung gekommen, dass sie aufgrund ihres verbesserten Allgemeinzustandes auf die Covid-Station verlegt werden soll, obwohl ihr Hausarzt dagegen war. Im Nachhinein betrachtet war das von uns die richtige Entscheidung, weil die Patientin dann eine adäquate Behandlung bekommen hat und nach einiger Zeit wieder gesund zu uns zurückkehren konnte.

Platzer: *Warum hat sich der Hausarzt gegen eine Verlegung der betroffenen Patientin auf die Spezialstation ausgesprochen?*

Pichler: Der Hausarzt war deshalb dagegen, weil in diesem Fall ein älterer Mensch einem jüngeren das Bett wegnehmen würde und dieser dann womöglich an Covid-19 sterben müsste. Das war die Ansicht des Hausarztes – und diese Aussage hat uns alle sehr betroffen gemacht.

Derler: Ja! Ich kann mich noch ganz genau auf das Zitat dieses Hausarztes erinnern: „Diese Patientin ist über 90 Jahre alt. Wenn wir sie jetzt ins Krankenhaus bringen, dann nimmt sie ja nur einem 53-jährigen Patienten das Bett weg.“ Das ging dann schon in Richtung Triage, obwohl wir in der Steiermark ja nie einen Engpass an Spitalsbetten hatten. Das

habe ich als äußerst negativ in Erinnerung. Wir haben, wie bereits erwähnt, die Verlegung ins Krankenhaus dann aber trotzdem veranlasst. Heute geht es dieser Patientin aufgrund der Spezialbehandlung im Krankenhaus wieder gut.

Platzter: *Wie war im Allgemeinen die Zusammenarbeit mit den Hausärztinnen und Hausärzten?*

Pichler: Zunächst muss erwähnt werden, dass wir mehrere Hausärztinnen und Hausärzte haben. Diese mussten sich – wie alle anderen auch – natürlich auch erst Informationen verschaffen und orientieren, wobei die Verunsicherung überall deutlich zu spüren war. Die Zusammenarbeit war also – vorsichtig ausgedrückt – sehr unterschiedlich. Eine Hausärztin war sehr bemüht um uns und hat uns auch wohlwollend unterstützt. Von anderen Ärzten fühlten wir uns aber im Stich gelassen. Dabei möchte ich eines unbedingt erwähnen: Meines Erachtens sind viele BewohnerInnen einfach schlechter behandelt worden, weil die Hausärzte viel seltener ins Haus gekommen sind. Sie haben eine Zeit lang einfach keine Visiten mehr gemacht. Bei einigen PatientInnen wäre meines Erachtens eine Verlegung ins Krankenhaus zur Abklärung von Symptomen, die nichts mit Covid-19 zu tun hatten, unbedingt notwendig gewesen. Das ist aber ausgeblieben. Das hat ganz bestimmt für einige BewohnerInnen negative Konsequenzen gehabt. Mehr möchte ich dazu nicht sagen, sonst rege ich mich zu sehr auf. Diese Frage möchte ich jetzt an die Pflegedienstleiterin weitergeben, weil das ja eigentlich ihr Bereich ist.

Derler: Da kann ich mich leider nur anschließen. Ich habe die Zusammenarbeit als sehr schwierig empfunden! Die Hausärzte haben auch immer wieder versucht, Testungen hinauszuschieben bzw. zu verhindern. Als wir einen sogenannten Verdachtsfall hatten und die betroffene Person in einem sehr schlechten Zustand war, hat sich ein Hausarzt geweigert, eine Testung zu veranlassen. Ich habe dann selbst die Amtsärztin verständigt und durch sie eine Testung in die Wege geleitet. Als dann in weiterer Folge das bereits erwähnte „Screening“, also eine Testung aller BewohnerInnen durchgeführt werden sollte, wollte dies wiederum ein anderer Hausarzt verhindern. Die Hausärzte hatten einfach eine große Unsicherheit und wollten immer nur zuwarten. Zu-

nächst sind einige sogar ohne Schutzkleidung zur Visite gekommen, und wir mussten sie dann erst dementsprechend ausstatten. Mit der Zeit sind sie dann, wie bereits erwähnt, kaum mehr ins Haus gekommen.

Platzer: *Wie konnten die BewohnerInnen dann medizinisch versorgt werden?*

Derler: Vieles ist dann nur mehr telefonisch abgewickelt worden. Wir mussten auch Fotos von sichtbaren Symptomen machen und die Bilder dann zu den Ärzten schicken. Ich hatte einfach den Eindruck, dass sie große Angst hatten, auch selbst angesteckt zu werden und dann ihre Ordination schließen zu müssen. Ein Arzt war auch eine Zeit lang in Quarantäne, weil er mit einer positiv getesteten Person im Rahmen eines Einsatzes Kontakt hatte.

Platzer: *Und wie hat die Zusammenarbeit mit der Sanitätsbehörde funktioniert?*

Pichler: Die Kooperation mit der Sanitätsbehörde und der Bezirkshauptmannschaft hat bestens funktioniert. Da haben wir sehr viel fachliche Beratung hinsichtlich zu setzender Maßnahmen bekommen. Sie waren auch immer für uns erreichbar, sowohl in der Nacht als auch an den Wochenenden. Diese Unterstützung war hervorragend!

Derler: Das kann ich nur bestätigen. Sie haben uns auch immer wieder in unserem Handeln bestärkt und unterstützt. Wir hatten einfach das Gefühl, die Amtsärzte stehen immer hinter uns. Sie haben sich nicht nur für Testungen ausgesprochen, sondern auch dafür, dass die zuvor angesprochene Patientin ins Krankenhaus gekommen ist. Die AmtsärztInnen hatten für mich auch eine psychologische Funktion.

Platzer: *Wie war die Kooperation mit den Krankenhäusern?*

Pichler: Das war oft schwierig, weil diese zu dieser Zeit natürlich strenge Aufnahmebedingungen hatten. Da hatten wir z.B. schon vor der ersten positiv getesteten Patientin einen Bewohner mit Lungenentzündung. Diesen hätten wir gerne testen lassen, und wir wollten ihn auch ins Krankenhaus zur Untersuchung und Behandlung bringen. Das hat das Krankenhaus jedoch abgelehnt.

- Platzer:* Wie wurde eigentlich offiziell nach außen kommuniziert? Hat es da irgendwelche Kommunikationspläne oder Leitfäden gegeben?
- Pichler:* Nein, da hat es überhaupt nichts gegeben! Als die Infektionen bei uns im Haus bekannt wurden, habe ich viel mit der Bezirkshauptmannschaft telefoniert. Ich wusste zunächst ja nicht, wie man mit so einer kritischen Situation umgehen soll. Wir haben uns dann mit unserer Ansprechpartnerin auf der Bezirkshauptmannschaft ein gemeinsames Wording überlegt und auf eine Informationsschiene geeinigt. Es ist von den Medien bei uns aber niemand aufgetaucht. Da hat es viele schlaflose Nächte gegeben – vor allem bei unserem Bürgermeister, vermute ich, der ja als Obmann dem Pflege- und Betreuungsverein vorsteht und im Krisenfall Rede und Antwort hätte stehen müssen.
- Derler:* Ich möchte hier ergänzen, dass uns auch der Bürgermeister immer wieder unterstützt hat und sich um uns gekümmert hat.
- Platzer:* *Kommen wir nun zu den Bewohnerinnen und Bewohnern: Inwiefern hat sich deren Alltag während der Krise verändert und was waren dabei die größten Herausforderungen?*
- Derler:* Am Anfang war es so, dass viele BewohnerInnen die veränderte Situation gar nicht mitbekommen haben – vor allem Menschen mit Demenz. Andere wiederum empfanden die Lage als derart tragisch, dass sie meinten, es sei „wie im Krieg“. Dann gab es aber auch welche, die alle Maßnahmen als „unsinnig“ bezeichnet haben. Als wir dann unsere Schutzmasken getragen haben, fragten uns wiederum einige BewohnerInnen, warum wir uns verkleideten usw. Die wahren Herausforderungen sind aber erst mit der Zeit entstanden.
- Platzer:* Welche zum Beispiel?
- Derler:* Das betraf vor allem Menschen mit Demenz. Hier war zunächst das große Problem, dass diese uns nicht erkannt haben, da wir ja alle Schutzkleidung und Masken getragen haben. Aber sie haben zumindest nicht ängstlich reagiert. Nach einer gewissen Zeit haben die meisten aber begonnen, sich zurückzuziehen. Auch der Mangel an sozialen Kontakten mit ihren Angehörigen und jener an Bewegung hat sich

bei vielen negativ ausgewirkt – sowohl körperlich als auch psychisch.

Platzer: Ist es dadurch auch zu vermehrten aggressiven Verhaltensformen gekommen?

Derler: Nein, eigentlich nicht. Einige BewohnerInnen haben mit Rückzug reagiert.

Platzer: *Pflegerisches Handeln vollzieht sich „am Leib ebenso wie mit dem Leib“. Wie kann man sich das durch den plötzlich geänderten Arbeitsalltag (Tragen von Schutzkleidung und Masken, Einschränkungen persönlicher Kontakte etc.) eigentlich vorstellen, vor allem wenn tagtäglich das Voneinander-Abstand-Halten gefordert wird?*

Derler: Bei der Pflege gibt es kein Abstandhalten – Pflege kann nur mit Körperkontakt und „Zuwendung“ passieren! Die einzigen „Barrieren“ sind unsere Schutzmasken, Handschuhe und Einwegschürzen. Die Pflegeperson kann sich auch dadurch schützen, dass sie versucht, nicht angehustet oder angespuckt zu werden – was allerdings nicht immer möglich ist.

Platzer: Welche Angebote konnten den BewohnerInnen weiterhin gemacht werden? Auf was musste verzichtet werden?

Derler: Wir versuchten den Tagesablauf zunächst so gut es ging aufrechtzuerhalten. Allerdings mussten wir natürlich die Aktivierungen der BewohnerInnen sowie die Gruppen- und Unterhaltungsprogramme einschränken. Wir versuchten dann, den Schwerpunkt auf Einzelaktivierungen zu legen. Viele durften dann ja ihr Zimmer oder ihren Wohnbereich gar nicht mehr verlassen. Somit war das gemeinsame Essen im Speisesaal oder im Bereich des Wintergartens auch nicht mehr möglich. Der sonstige Tagesablauf, wie regelmäßige Pflege und Mahlzeiten, blieb natürlich gleich.

Platzer: War es zu dieser Zeit eigentlich möglich, dass BewohnerInnen, die an einer schweren Krankheit litten, von ihren Angehörigen besucht werden konnten?

Derler: Ja! Wir haben immer allen Angehörigen von BewohnerInnen, die palliativ betreut wurden oder sterbend waren, den Zutritt ins Pflegeheim ermöglicht – natürlich unter Beachtung der notwendigen Schutzmaßnahmen.

- Platzer:* Hat es hinsichtlich dieser Besuchsmöglichkeiten bestimmte Empfehlungen oder Richtlinien gegeben?
- Derler:* Dafür hat es Richtlinien vom Bund, dem Hospizverein und dem Land Steiermark mit empfohlenen Maßnahmen gegeben; nach diesen sind wir vorgegangen. Ich habe die Aufrechterhaltung der Besuchsmöglichkeiten in diesem Kontext als sehr gut und sinnvoll erlebt. Von Angehörigen habe ich gehört, dass dies in Krankenhäusern nicht möglich war.
- Platzer:* Wie verlief in dieser Zeit eigentlich die Kommunikation mit den Angehörigen?
- Pichler:* Die Kommunikation mit den Angehörigen verlief primär über Telefon und E-Mail. Wir versuchten da immer umgehend transparent zu informieren. Als z. B. die erste Patientin positiv getestet wurde, haben wir alle Angehörigen sofort darüber informiert. Soweit es möglich und erlaubt war, haben wir zwischendurch auch ein Besucherfenster installiert.
- Platzer:* Und wie konnten die BewohnerInnen mit ihren Angehörigen Kontakt aufnehmen?
- Derler:* Die neuen technischen Kommunikationsmittel, wie zum Beispiel Videotelefonie, haben dabei eine ganz wichtige Rolle gespielt. Wir haben relativ schnell ein Tablet gekauft und so neue Kontaktmöglichkeiten geschaffen. Für Menschen mit Demenz waren Videotelefonate natürlich auch irritierend. Manche drehten sich weg, andere wiederum erschrecken bzw. waren perplex, als sich ein vermeintliches „Foto“ einer Angehörigen plötzlich zu bewegen begann. Da gab es viele amüsante, aber auch rührende Szenen. Für viele war doch wieder das Telefon das geeignetere Kommunikationsmittel.
- Platzer:* Was waren für die Angehörigen die größten Herausforderungen?
- Pichler:* Die größte Herausforderung war natürlich der fehlende physische Kontakt mit den BewohnerInnen. Ganz besonders schlimm war es da für einige getrennte Ehepaare. Und manchen Angehörigen hat auch der plötzliche „Kontrollverlust“ zu schaffen gemacht.
- Platzer:* Was meinen Sie damit?

- Pichler:* Es gibt bzw. gab einfach immer ein paar Angehörige, die zuvor oft bei uns im Haus waren, um alles überwachen und kontrollieren zu können. Das war dann auf einmal nicht mehr möglich. Diese Angehörigen haben uns während dieser Zeit dann auch die größten Schwierigkeiten bereitet.
- Derler:* Wir haben aber auch viele nette und aufmunternde Briefe bekommen. Die meisten Angehörigen waren sehr verständnisvoll und kooperativ, aber es gab natürlich auch welche, die sich mit den aufgestellten Regeln und Maßnahmen schwertaten bzw. immer noch tun.
- Platzer:* *Sind Sie da auch auf Unverständnis über die rigorosen Schutzmaßnahmen gestoßen?*
- Pichler:* Ja! Es hat einige Angehörige gegeben, von denen wir immer wieder kritisiert worden sind. Diese haben es einfach nicht verstanden, warum diese Schutzmaßnahmen gesetzt werden mussten – und sie verstehen es bis heute nicht. Was hierbei von niemandem bedacht wird: Wenn ich mich infiziere, dann betrifft das ja nicht nur mich, sondern mein gesamtes privates und berufliches Umfeld, und zwar massiv. Dieses Bewusstsein sozialer Verantwortung ist bei vielen überhaupt nicht vorhanden. Der Großteil der Angehörigen hat die Maßnahmen aber verstanden und mitgetragen.
- Platzer:* *Inwiefern haben sich dabei eigentlich die Beziehungen zwischen den BewohnerInnen, den Angehörigen und den Professionellen verändert?*
- Pichler:* Am auffälligsten war zunächst, dass es plötzlich still im Haus geworden ist. Zuvor waren ja immer Angehörige und Besucher da, oder es hat irgendwelche Besprechungen gegeben. Das fiel auf einmal weg, und es herrschte plötzlich völlige Stille. Auch der Kontakt zwischen den BewohnerInnen musste massiv eingeschränkt werden. Auf einmal waren unsere MitarbeiterInnen, die noch dazu in ihren Schutzkleidungen wie „Aliens“ durch das Haus liefen, die einzigen Ansprechpersonen für unsere BewohnerInnen. Das war eine große Umstellung.
- Derler:* Ich finde, dass sämtliche Beziehungen viel enger geworden sind – vor allem jene mit den Angehörigen. Wir mussten ja ständig über die neuen Maßnahmen und Regelungen kommunizieren und informieren. Dadurch sind viel mehr Ge-

sprache entstanden. Wir sind aber vor allem auch als Team viel mehr zusammengewachsen.

Platzer: *Wie haben Sie dann die schrittweisen Lockerungen der Maßnahmen erlebt?*

Pichler: Die Bewohner haben sich natürlich riesig darüber gefreut, dass sie endlich wieder in die Gemeinschaftsräume gehen und mit den BewohnerInnen aus den verschiedenen Wohnbereichen reden konnten. Die Lockerungen vollziehen sich aber äußerst langsam. Wir sind noch vorsichtig bei Veranstaltungen oder Gruppentreffen im Haus.

Platzer: *Und wie sind die Lockerungsmaßnahmen bei den Angehörigen aufgenommen worden? Ist es dann eigentlich schnell zu einem Besucheransturm gekommen?*

Derler: Nein. Das hat sich erst allmählich entwickelt. Viele Angehörige hatten zu Beginn noch Angst. Und wir merken nach wie vor, dass zwar die engeren Angehörigen öfters auf Besuch kommen, Nachbarn, Freunde oder die „weiteren Verwandten“ jedoch weit weniger oft. Diese Gruppe hält sich nach wie vor zurück.

Platzer: *Gibt es schon erste Evaluierungen?*

Pichler: Nein, das ist noch zu früh. Da fehlt uns jetzt einfach die Zeit dafür.

Platzer: *Mit welchen wirtschaftlichen Auswirkungen rechnen Sie?*

Pichler: Da haben wir dieses Jahr auf jeden Fall einen riesigen wirtschaftlichen Schaden. Wir mussten ja zusätzlich in die ganzen Schutzmaßnahmen investieren. Außerdem kamen und kommen immer noch Überstunden dazu und niemand konnte auf Urlaub gehen. Wie das alles zukünftig organisiert und finanziert werden soll – bzw. von wem –, das weiß ich zum heutigen Zeitpunkt alles noch nicht.

Platzer: *Was werden Ihre nächsten Schritte sein?*

Pichler: Wir brauchen demnächst eine intensive Aufarbeitung und Reflexion des Erlebten. Diese Wochen und Monate waren ja für alle eine traumatische Erfahrung – sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die BewohnerInnen. Das ist die eine Ebene. Und auf einer zweiten Ebene müssen wir als Team und Organisation reflektieren: Was hat diese Krise mit uns gemacht? Welche Strukturen und Maßnahmen ha-

ben wir als unterstützend und hilfreich erlebt und wo gibt es noch Entwicklungspotenzial? So etwas meistert man ja nur im Team. Um all das aufzuarbeiten, brauchen wir möglichst zeitnah eine professionelle Begleitung.

Platzer: Nun ein paar allgemeine Fragen: Bei den Diskussionen über Lockerungsmaßnahmen kommt auch immer wieder der Vorschlag, dass alte und schwache Menschen in der Isolation bleiben müssten, während der Rest der Gesellschaft wieder in den „normalen Alltag“ zurückkehren soll. Wie beurteilen Sie eine solche „Strategie“?

Pichler: Das ist ein Ding der Unmöglichkeit. Das würden schon einmal die Angehörigen niemals akzeptieren. Eine längere Isolation ist niemals aufrechtzuerhalten. Das hätte ja massive Auswirkungen auf die Mitarbeitenden und die Angehörigen.

Derler: Am Anfang dachte ich mir: Diese Menschen müssen alle geschützt werden und sollen möglichst wenig mit anderen Personen in Kontakt kommen. Mittlerweile denke ich etwas anders darüber. Wenn ich mich nämlich in die Lage dieser Personen hineinversetze, dann würde ich auch nicht so lange in völliger Isolation leben wollen. Ich möchte auch nicht, wenn ich einmal alt bin, ständig bevormundet, sondern nach meiner Meinung gefragt werden. Das heißt, ich bin so einer Strategie gegenüber eher skeptisch eingestellt. Ältere Menschen verstehen es nicht, wenn sie mit fast niemandem in Kontakt treten dürfen – schon gar nicht, wenn es nur für sie und nicht für alle gelten soll.

Platzer: Diesbezüglich zeigt auch eine Reihe von Studien, dass sich soziale Isolation und Abschottung nicht nur negativ auf die psychische Gesundheit älterer Menschen auswirken, sondern auch mit einem deutlich höheren Sterblichkeitsrisiko einhergehen. Wie wirken sich Ihrer Erfahrung nach strenge Kontaktsperren auf die gesundheitliche Situation von hochbetagten und pflegebedürftigen Menschen aus?

Pichler: Man kann direkt zusehen, wie diese Menschen depressiv werden und „verfallen“. Unsere BewohnerInnen sind zwar – anders als in Privathaushalten – niemals ganz allein. Es ist bei uns ja immer jemand da. Aber wir können niemals die Beziehungen und die Menschen, die sie lieben, ersetzen.

Das ist das große Problem. Dann kommt noch die ganze Langeweile dazu, die mindestens gleich schlimm wie eine Isolierung ist. Dieser massive „Abbau“ mancher BewohnerInnen war bereits nach drei Tagen deutlich wahrnehmbar. Viele haben auch gesagt: „Ich will lieber sterben, als dass ich meine Angehörigen nicht mehr sehe.“

Derler: Dem kann ich nur zustimmen. Nach einiger Zeit habe ich zu Brigitte gesagt: „Wenn wir diese Isolations-Maßnahmen bei unseren BewohnerInnen noch länger durchziehen müssen, dann sterben sie entweder am Corona-Virus oder an Einsamkeit.“

Platzler: Während der „Corona-Krise“ werden ältere Menschen vor allem als „Risikogruppe“ und als „zu Beschützende und Schwache“ wahrgenommen. Was löst dies Ihres Erachtens bei älteren Menschen aus, wenn sie ständig damit konfrontiert werden?

Derler: Das löst bei diesen Menschen meines Erachtens ein ganz starkes Gefühl der Bevormundung aus. Das ist so, als wenn ich einem Kind verbieten würde, auf einen Baum zu klettern, da es ja herunterfallen könnte. Das kann man mit erwachsenen Menschen im Grunde genommen nicht machen. Alter darf kein Stigma sein, sondern muss Selbstbestimmung zulassen und wir – die Gesellschaft – müssen diese Selbstbestimmung unterstützen und fördern.

Platzler: Einige Gesundheitsorganisationen sehen in diesem Kontext die große Gefahr eines Rückschritts. Dieser könnte darin bestehen, dass sich negative Einstellungen gegenüber älteren Menschen verstärken und sich diskriminierende Praktiken einstellen könnten. Sehen Sie diese Gefahr auch?

Derler: Altersdiskriminierung gibt es schon jetzt in vielen Bereichen, und ich sehe hier tatsächlich eine Gefahr, dass diese zunehmen könnte.

Platzler: Wie könnte man dem entgegenwirken?

Derler: Indem man in der Gesellschaft viel mehr darauf hinweist und Altersdiskriminierung zum Thema macht. Nur untereinander darüber zu reden, das wird zu wenig sein. Dieses Thema muss viel mehr medienwirksam in der Öffentlichkeit thematisiert werden. Das gilt natürlich auch für alle anderen diskriminierten Gruppen.

- Platzer:* *Angenommen, es kommt zu einer zweiten sogenannten Welle oder zu einer neuen Pandemie: Welche Wünsche und Verbesserungsvorschläge würden Sie aufgrund der bisherigen Erfahrungen an das Gesundheitssystem herantragen?*
- Pichler:* Wir wissen jetzt einfach alle zusammen viel mehr – auch sämtliche Behörden. Auf so eine Situation war ja niemand vorbereitet. Wir können aufgrund dieser Erfahrungen zumindest für unser Haus Rückschlüsse für die Zukunft ziehen. Jetzt gilt es zu analysieren, was gut funktioniert hat, was nicht funktioniert hat und wo unsere Grenzen sind. Der Inhalt vieler aktueller Krisenhandbücher mag zwar theoretisch richtig sein, aber für deren Umsetzung braucht man auch dementsprechende Strukturen und vor allem Personal. Wir brauchen mehr Personal! Es wäre zukünftig auch sinnvoll, dass ein bestimmtes Mindestausmaß von Schutzmaterial auf Lager gelegt wird. Das war ja aufgrund des weltweiten Bedarfs zunächst ganz schwer aufzutreiben.
- Platzer:* *Wie lange hat es eigentlich gedauert, bis für alle MitarbeiterInnen einigermaßen ausreichend Schutzmaterial und Schutzkleidung organisiert werden konnte?*
- Pichler:* Das hat gute vier bis fünf Wochen gedauert.
- Platzer:* *Die jetzige Krisensituation bringt auch allgemeine Versäumnisse im Gesundheitswesen – vor allem im Kontext der Pflege – zum Vorschein. Glauben Sie, die jetzige Situation eröffnet auch eine Chance, die Herausforderungen der Pflege konstruktiv aufzugreifen und notwendige Veränderungen endlich anzugehen?*
- Pichler:* Da gibt es viele Lippenbekenntnisse. Ich persönlich glaube erst dann daran, wenn diese Versprechungen tatsächlich umgesetzt werden. Die Frage dabei ist immer, wer politisch dafür verantwortlich ist und welche Prioritäten dabei gesetzt werden.
- Derler:* Sicherlich sehe ich es auch als Chance, aber ob diese genutzt wird – das weiß ich nicht.

Platzer: Welche strukturellen und finanziellen Verbesserungen sollten angesichts der bereits bestehenden kritischen Situation in der Langzeitpflege schon jetzt anvisiert werden, damit man nicht nur aus der Corona-Krise herauskommt, sondern damit es auch zu nachhaltigen Verbesserungen im Pflegebereich kommt?

Pichler: Nochmals: Wir brauchen mehr Personal! Das wird aber schon lange diskutiert, und es ist auch geplant, dass hier aufgestockt wird. Der Wille allein reicht aber nicht aus, denn es gibt nach wie vor einen Mangel an qualifizierten Fachkräften. Es braucht hier vor allem einen Ausbildungsschwerpunkt im Bereich Geriatrie und Altenpflege. Das hat man auch bei der Novellierung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes wieder vernachlässigt. Da muss sich in den nächsten Jahren tatsächlich einiges tun, denn sonst kann zukünftig eine qualitative Pflege tatsächlich nicht mehr gewährleistet werden.

Derler: Darüber hinaus braucht es auch eine zentrale bundesweite Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge. In Österreich gibt es bekannterweise neun Bundesländer und jedes kocht sein eigenes „Süppchen“. So kann das nicht gehen! Dann muss die Situation der Beschäftigten verbessert werden: mehr Personal in den Gesundheitsbereichen, eine gerechte und angepasste Entlohnung für die Arbeit und Maßnahmen, die den Pflegeberuf attraktiver machen. Ich finde es z. B. ganz schlimm, dass nun ausländische Pflegekräfte in Zügen „verfrachtet“ werden und auf diesem Wege nach Österreich kommen, wo sie dann zunächst in Quarantäne gehen müssen und quasi eingesperrt werden. Das ist menschenunwürdig und erinnert mich an Kriegszustände. Diese Situation finde ich wirklich total schlimm. Diese Problematik sollte im Fokus stehen und da müssen Lösungen gefunden werden.

Platzer: Nehmen Sie auch etwas Positives aus dieser Zeit mit?

Derler: Ja, vor allem die Erkenntnis, dass es trotz extremer Herausforderungen weitergeht, und die Erfahrung, dass Krisen auch bewältigbar sind. Im Endeffekt geht man gestärkt aus der Krise hervor und ist für die Zukunft vielleicht schon besser gerüstet.

Pichler: Natürlich! Für mich persönlich war es einmal der reinste „Selbsterfahrungstrip“. So eine Situation musste ich ja noch nie zuvor managen. Da lernt man einiges über sich selbst. Als extrem positiv habe ich auch den unglaublichen Zusammenhalt zwischen den MitarbeiterInnen in unserem Haus erlebt – und auch, wie diese mit der Krisen-Situation umgegangen sind. Das wurde von uns allen gemeinsam durchgetragen. Das war für mich äußerst beeindruckend, und das wird sich auch nachhaltig positiv auf uns alle auswirken.

Platzer: *Vielen Dank für das Gespräch und weiterhin alles Gute!*

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Maria Berghofer

Theologin, Diözesankoordinatorin für Krankenhausseelsorge,
Referat für Krankenhaus- und Pflegeheimseelsorge,
Diözese Graz-Seckau.

Alois Birklbauer

Univ.-Professor für Strafrechtswissenschaft und Medizinstrafrecht,
Institutsvorstands-Stellvertreter,
Johannes-Kepler-Universität Linz.

Nadine Brühwiler

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Religion, Wirtschaft,
Politik an der Universität Basel,
Interimistische Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Nationalen
Ethikkommission im Bereich Humanmedizin in Bern.

Barbara Derler

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Pflegedienstleiterin des Pflegeheims Zerlach, Steiermark.

Stefan Dinges

Medizinethiker, Organisations- und Ethikberater,
Leiter des Zentrums für Ethikberatung und Patientensicherheit am
Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien.

Gebhard Falzberger

Betriebsdirektor, Krankenhausbetriebswirt,
Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz.

Eckhard Frick SJ

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,
Philosoph und Theologe,
lehrt Anthropologie und Spiritual Care an der Hochschule für Philosophie
und an der Technischen Universität München.

Isabella Guanzini

Univ.-Prof.ⁱⁿ für Fundamentaltheologie,
Katholische Privat-Universität Linz.

Karin Gubisch

Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Albert-Schweitzer-Klinik,
Geriatrische Gesundheitszentren Graz.

Hartmann Jörg Hohensinner

Pflegedienstleitung,
Albert-Schweitzer-Klinik,
Geriatrische Gesundheitszentren Graz.

Gerhard Hundsdoerfer

Dipl.-Theol. (Univ.), Dipl.-Soz.päd. (FH),
Leiter der Krankenhausseelsorge am
Universitätsklinikum Salzburg – Landeskrankenhaus.

Ulrich H. J. Körtner

Vorstand des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin,
Univ.-Prof. am Institut für Systematische Theologie und
Religionswissenschaft,
Evangelisch-Theologische Fakultät, Universität Wien.

Wolfgang Köle

Ärztlicher Direktor, Ass.-Prof. und Facharzt für Hals-, Nasen- und
Ohrenheilkunde,
Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz.

Wolfgang Kröll

Univ.-Prof. für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Medizinische Universität Graz.

Martin M. Lintner

Professor am Institut für Moraltheologie,
Philosophisch-Theologische Hochschule Brixen, Italien.

Manfred Novak

Ass.-Prof. für Universitätsrecht,
Johannes-Kepler-Universität Linz.

Jochen Ostheimer

Ass.-Prof. am Institut für Ethik und Gesellschaftslehre,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

Sabine Petritsch

Dr.ⁱⁿ theol., Krankenhausseelsorgerin,
Diözese Graz-Seckau.

Brigitte Pichler

Hausleitung E.D.E., Akademische Sozialmanagerin,
Hausleiterin des Pflegeheims Zerlach, Steiermark.

Gerhard Pichler

Facharzt für Neurologie und Leiter der Abteilung für Neurologie,
Albert-Schweitzer-Klinik,
Geriatrische Gesundheitszentren Graz.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Johann Platzer

Universitäts-Lecturer für Ethik,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

Franz Ploner

Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin an den
Krankenhäusern in Brixen und Sterzing.

Regina Polak

Assoz.-Prof.ⁱⁿ für Praktische Theologie,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Universität Wien.

Simon Romagnoli

Philosoph und Bioethiker,
Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Nationalen Ethikkommission
im Bereich Humanmedizin in Bern,
Lehrbeauftragter an der Hochschule für Soziale Arbeit HES-SO in Genf.

Michael Rosenberger

Univ.-Prof. für Moraltheologie,
Katholische Privat-Universität Linz.

Hans-Walter Ruckenbauer

Studienleiter für Angewandte Ethik,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

Walter Schaupp

em. Univ.-Prof. für Moraltheologie,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

Walter Schippinger

Ärztlicher Direktor und Univ.-Dozent für Innere Medizin,
Albert-Schweitzer-Klinik,
Geriatrische Gesundheitszentren Graz.

Christoph Seidl

Dr.theol., Seelsorger für Berufe im Gesundheits- und Sozialwesen,
Krankenhaus- und Hospizseelsorge,
Diözese Regensburg.

Martina Schmidhuber

Univ.-Prof.ⁱⁿ für Health Care Ethics,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Karl-Franzens-Universität Graz.

Eberhard Schockenhoff[†]

Professor für Moralthologie,
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg i. Br.,
langjähriges Mitglied des Deutschen Ethikrats.

Detlef Schwarz

Dr. theol., Referent für Krankenpastoral und Notfallseelsorge der
Erzdiözese Salzburg,
Vorsitzender der ARGE der Katholischen Krankenhauseelsorge
Österreichs.

Martin Splett

Referent für Hospizarbeit und Trauerpastoral,
Seelsorger in der Magdalenen-Klinik,
Bistum Osnabrück.

Willibald J. Stronegger

Professor am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie,
Medizinische Universität Graz.

Jean-Daniel Strub

Selbstständiger Ethiker und Co-Gründer von ethix – Lab
für Innovationsethik in Zürich, Interimistischer Mitarbeiter der Geschäfts-
stelle der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin in
Bern.

Christa Tax

Pflegedirektorin,
Landeskrankenhaus-Universitätsklinikum Graz.

Annika Thonhofer

Stationsleitung Apallic Care Unit,
Albert-Schweitzer-Klinik,
Geriatrische Gesundheitszentren Graz.

Andreas Valentin

Univ.-Prof. (Notfallmedizin) u. Gastprofessor (Josephinum),
Medizinische Universität Wien,
Ärztlicher Direktor und Abteilungsvorstand (Innere Medizin)
am Kardinal-Schwarzenberg-Klinikum, Schwarzach im Pongau,
Mitglied der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt,
Präsident des „Verband der Intensivmedizinischen Gesellschaften
Österreichs (FASIM)“.

Stephan Winter

Theologe, Lehrstuhl für Liturgiewissenschaft,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Eberhard-Karls-Universität Tübingen.

Werner Wolbert

em. Univ.-Prof. für Moraltheologie,
Katholisch-Theologische Fakultät,
Universität Salzburg.